



Università Campus Bio-Medico di Roma

Corso di dottorato di ricerca in
Bioetica

XXVII ciclo anno 2012

**L'intuizione in medicina:
un approccio migliorativo al ragionamento clinico**

Laura Leondina Campanozzi

Coordinatore
Prof. Vittoradolfo Tambone

Tutore
Dott. Giampaolo Ghilardi

7 Marzo 2016

Laura Leondina Campanozzi

RINGRAZIAMENTI

Giunta alla conclusione di questo lavoro, desidero innanzitutto ringraziare con profonda sincerità il prof. Vittoradolfo Tambone, dapprima per avermi dato la possibilità di confrontarmi con un tema di ricerca molto interessante ed ambizioso, e per avermi permesso di lavorare in un ambiente così motivante e al contempo molto amichevole e familiare. Lo ringrazio inoltre per essersi mostrato sempre disponibile nel fornirmi utili consigli e per il supporto nel superare le difficoltà che man mano ho incontrato in questo percorso di dottorato, non solo come esperienza intellettuale ma anche umana. Ciò mi ha permesso di affrontare il periodo di tesi più serenamente, di imparare moltissimo e di trarre il meglio da questa complessa esperienza.

Ringrazio sentitamente il dott. Giampaolo Ghilardi che mi ha costantemente seguita ed incoraggiata durante la realizzazione della presente ricerca in qualità di tutor, fornendomi preziosi suggerimenti ed osservazioni, e per la pazienza nel lavoro di revisione finale dei capitoli.

Un ringraziamento particolare spetta al prof. Luca Borghi, sempre gentile e disponibile per chiarimenti e consigli, e per essere il principale promotore di un clima lavorativo sereno e gioviale che ha contribuito a far sentire meno il peso di questi lunghi anni di fatica.

Ringrazio anche tutti i membri dell'Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST) con i quali ho condiviso questi anni di dottorato: in particolare la prof.ssa Maddalena Pennacchini per il prezioso supporto morale e la prof.ssa Marta Bertolaso per la continua ventata di motivazione.

Ringrazio di cuore l'amica e collega Jane Wathuta con cui ho condiviso un'infinità di momenti, positivi o meno, di entusiasmo, di sconforto, di allegria, di lavoro, nel corso di una amicizia profonda e sincera quanto rara e preziosa.

Infine desidero ringraziare con affetto le persone a me più care: innanzitutto mio marito Stefano, per essere diventato parte della mia vita, per il suo costante incoraggiamento e per il tempo speso con dedizione nel supportare diverse fasi del lavoro di elaborazione della tesi.

Dedico questo lavoro di dottorato ai miei genitori, Rosanna ed Antonio, a cui va un ringraziamento speciale: li ho sentiti accanto quotidianamente nonostante la lontananza, non facendomi mai mancare la serenità, la fiducia, il supporto e soprattutto tanto affetto quanto una figlia potrebbe desiderare.

Ringrazio inoltre di cuore i miei due fratelli, Ettore e Marco, che mi hanno resa zia di tre meravigliosi piccoli gioielli: Alice, Alessandra ed Antonio, fonti inesauribili di sorrisi e di buon umore.

Laura Leondina Campanozzi

Indice

INTRODUZIONE	4
---------------------	----------

PARTE I **IL RAGIONAMENTO CLINICO: NOZIONI PRELIMINARI**

CAP. I Il ragionamento clinico	8
1.1 Introduzione	8
1.2 La ricerca sul ragionamento clinico	12
1.3 Che cos'è il ragionamento clinico	15
CAP. II Teorie della conoscenza, metodologia e razionalità pratica nel ragionamento clinico	24
2.1 Il valore epistemologico del realismo per il ragionamento clinico	24
2.2 Il ragionamento clinico e l'EBM	31
2.3.1 Integrazioni all'approccio EBM: per una metodologia multidimensionale	36
2.4 Il ragionamento clinico come sapere per l'azione	41

PARTE II **LA DIMENSIONE INTUITIVA NEL RAGIONAMENTO CLINICO**

CAP. I L'intuizione come concetto filosofico	46
1.1 Introduzione	46
1.2 La teoresi del concetto di intuizione	47
1.3 L'intuizione in filosofia	49
1.4 L'intuizione nel contesto della scoperta	54
1.5 Per una semantica del concetto di intuizione filosofica	60

CAP. II L'intuizione nella pratica clinica	63
2.1 Introduzione	63
2.2 L'intuizione clinica secondo la <i>Dual Process Theory</i>	67
2.3 La teoria della conoscenza tacita in medicina	73
2.4 Per una semantica del concetto di intuizione nella pratica clinica	78

PARTE III
UN FRAMEWORK PER COMPRENDERE L'INTUIZIONE CLINICA

CAP. I Natura ed oggetto dell'intuizione clinica	83
1.1 Introduzione	83
1.2 La natura dell'intuizione clinica	83
1.3 Il carattere immediato dell'intuizione: un chiarimento	87
1.4 L'oggetto dell'intuizione clinica e il suo valore epistemologico	92
1.5 Creatività e fallibilità dell'intuizione clinica	96
1.6 L'essenza dell'intuizione clinica come unità morfica contingente	100

CAP. II Il processo intuitivo e la sua educabilità	104
2.1 Introduzione	104
2.2 La <i>maieutica</i> dell'intuizione clinica	107
2.3 La <i>logica</i> del processo intuitivo in medicina: il ruolo dell'analogia	110
2.4 Tipologie dell'intuizione clinica	115
2.5 Come migliorare l'intuizione clinica: <i>una proposta</i>	121

CONCLUSIONI E SVILUPPI FUTURI	130
--------------------------------------	------------

BIBLIOGRAFIA	135
---------------------	------------

Introduzione

Il presente lavoro è il frutto di un percorso di studio e di ricerca in merito al concetto e al ruolo dell'intuizione nel ragionamento clinico, focalizzando in particolare il contributo che essa può fornire alla fase intellettuale della generazione dell'ipotesi diagnostica.

Lo studio si inserisce nel filone di ricerca della metodologia clinica, ambito nel quale da diversi anni il nostro Istituto di Filosofia dell'Agire Scientifico e Tecnologico (FAST) è impegnato con l'obiettivo di migliorare sempre più la prassi clinico-diagnostica in tutte le sue dimensioni, inclusa quella del ragionamento, in vista di una medicina che intenda realizzarsi all'insegna della qualità.

L'impegno del miglioramento ha tanto più valore se consideriamo l'annoso e frequente problema degli errori cognitivi in medicina che, per quanto inevitabili, possono essere ridotti in modo considerevole innanzitutto attraverso una rivisitazione consapevole dei metodi investigativi di volta in volta utilizzati. Tuttavia, occorre osservare che per anni si è creduto di poter sopperire definitivamente ai limiti della mente umana in direzione di un crescente investimento nell'artiglieria tecnologica della medicina, benché tale eccessiva fiducia negli strumenti della diagnostica abbia comportato un esorbitante aumento dei costi connessi alla diagnosi, tanto più improprio in quanto supportato dall'omissione di riconoscere che il nocciolo dell'attività clinica è pur sempre rappresentato dalla superiore abilità cognitiva del medico, qualora sia ben coltivata.

Dinanzi a questo scenario che tocca da vicino la natura della medicina del nostro tempo, l'interesse del lavoro è quello di fornire un contributo teorico alla metodologia clinica, ad oggi così spesso insinuata dalla tentazione della pigrizia intellettuale, cercando di colmare una lacuna con riguardo all'importante funzione epistemologica svolta dall'intuizione in ambito diagnostico e dunque nell'economia del percorso di incremento conoscitivo rappresentato dall'intera dinamica della razionalità clinica. Nello specifico, l'intenzione è di ampliare la comprensione dell'intuizione approfondendo la conoscenza delle sue radici teorico-filosofiche, in linea con la sua natura complessa e con la sua rilevanza per la pratica clinica. Infatti, non di rado, l'evocazione delle ipotesi interpretative sono il frutto di un processo alogico dominato dall'intuizione di cui, pertanto, occorre dar conto nei termini di uno dei fattori determinanti la qualità della attività del medico al letto del paziente. Si tratta, in altre

parole, di colmare un divario tra l'esercizio concreto dell'intuizione clinica e la mancanza di studi sistematici volti a riconoscere e valutare la tenuta cognitiva di tale figura gnoseologica, sdoganandola da non pochi luoghi comuni da cui essa è tutt'oggi gravata e che fungono da ostacolo al suo utilizzo nel modo secondo le modalità più opportune.

Per conseguire questi intenti, il lavoro è stato suddiviso in tre sezioni, logicamente connesse tra loro. La prima parte delinea una panoramica del ragionamento clinico, con particolare riguardo alle specificità del proprio oggetto, sottolineandone la valenza cruciale per un adeguato esercizio della professione medica. Un'attenzione particolare è dedicata al valore epistemologico del realismo per una adeguata impostazione del tema della razionalità clinica, nella sua dimensione teoretica quanto pratica, mostrando la centralità di una corretta declinazione del concetto di verità a supporto di un esercizio genuino del ragionamento.

A partire da questa disamina che mette in luce la natura multidimensionale dell'attività del pensare in medicina, la seconda sezione esplora nello specifico la dimensione intuitiva nel ragionamento clinico, transitando dal terreno filosofico a quello propriamente medico. Si rassegnano, come introduzione al tema, alcuni tra i più significativi contributi sull'intuizione nella letteratura relativa ai due ambiti in questione, indicando in conclusione di ciascun capitolo alcuni elementi utili per delineare una semantica più consapevole di tale costrutto epistemico, mettendone al contempo in luce i punti di forza e gli aspetti problematici. Tale provvisoria concettualizzazione è funzionale nel fornire le prime coordinate euristiche con cui affrontare più dappresso ed in modo adeguato lo studio della cognizione intuitiva nel contesto dell'attività clinica.

Questo è il *focus* su cui si concentra l'ultima sezione del lavoro che propone un *framework* per comprendere l'intuizione clinica, analizzando nello specifico la natura, l'oggetto e la logica del processo di tale dimensione conoscitiva, mediante il supporto della presentazione di alcuni scenari clinici e di testimonianze rilevanti tratte dalla letteratura medica. Il punto centrale è rappresentato dalla ricerca di un dialogo ricco e fecondo con la tradizione platonica, con le sue recenti rivisitazioni da parte di eminenti filosofi quali Michael Polanyi e Josef Seifert, integrata alla luce di alcune suggestioni attinte dalla speculazione aristotelico-tomista nonché dalla tradizione metodologica del razionalismo critico, al fine di delineare un quadro più ampio e realistico dell'intuizione in medicina. Gli strumenti teorici messi a punto nelle pagine finali di questo studio sono inoltre declinati in chiave pedagogica con l'obiettivo di prefigurare un percorso di apprendimento, se non dell'intuizione in quanto tale, ma di quelle condizioni che, non sfuggendo ad una attenta analisi fenomenologica, possono disporre l'innescio del lampo intuitivo. La proposta congetturata sul miglioramento dell'intuizione clinica poggia sulla necessità di individuare e descrivere, seppur non in modo esaustivo, l'ambiente in cui l'intuizione clinica possa sorgere, sulla base di una più avvertita ed articolata cornice del dominio intuitivo in medicina.

Il presente lavoro complessivamente si propone di rivalutare la figura gnoseologica dell'intuizione quale momento cruciale dell'impresa conoscitiva della razionalità clinica, per la sua preziosa funzione di ponte tra il fenomeno clinico investigato e la causa essenziale ad esso sottesa. Una definizione condivisa di questa figura gnoseologica dai tratti così complessi quanto affascinanti è ancora sfuggente in virtù di alcuni aspetti taciti che caratterizzano il suo funzionamento. Tuttavia, ci auguriamo

Tesi di dottorato in Bioetica, di Laura Leondina Campanozzi,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 07/03/2016.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

che gli spunti concettuali delineati nel presente lavoro possano incoraggiare nuovi studi sull'utilizzo dell'intuizione in ambito clinico, innanzitutto come metodo diagnostico, vale a dire mettendo a frutto la riflessione teorica proposta sia attraverso lo sviluppo di specifici percorsi sperimentali, sia concretizzandola in prospettive educative mirate.

Parte I

**Il ragionamento clinico:
nozioni preliminari**

1. Il ragionamento clinico

1.1 Introduzione

Che cos'è il ragionamento clinico? Qual è la sua natura? Come può essere migliorato? Ai giorni nostri riflettere su tali questioni è diventato quanto mai imprescindibile anche a seguito del crescente e continuo sviluppo scientifico e tecnologico che da tempo ha investito anche l'ambito della professione medica. Inoltre, con l'affermarsi del nuovo approccio metodologico dell'*Evidence Based Medicine* (EBM) ci sembra ancor più urgente approfondire i temi epistemologici legati alla razionalità del ragionamento clinico, onde evitare l'impropria illusione che il medico possa essere esonerato dall'esercizio del ragionare, abdicando a favore di un agire clinico standardizzato ed oggettivante¹.

Infatti, come evidenzia Vito Cagli, *“Oggi molte teorie sono tramontate, molti mezzi terapeutici sono diventati obsoleti, l'importanza dell'esame diretto del malato si è ridotta. Ma la necessità di ben ragionare è divenuta anche più importante che nel passato, perché molto più numerosi sono i dati che vengono utilizzati per giungere alla diagnosi”*².

L'autore sottolinea l'accresciuta rilevanza del ragionamento nell'odierna medicina senza con ciò negare che esso abbia sempre avuto (e sempre avrà) un ruolo fondamentale, per non dire cruciale, nell'attività clinica³. Del resto, nessuno potrebbe negare che i processi di ragionamento sono essenziali per l'effettivo svolgimento dei complessi compiti clinici quotidiani, dal sospettare la causa dei sintomi alla diagnosi differenziale, dalle previsioni sull'evoluzione patologica alla pianificazione dei trattamenti, i cui esiti difficilmente potrebbero essere ottimali qualora tale componente

¹ Cfr. A.D. SNIDERMAN, K.J. LaCHAPELLE, N.A. RACHON, C.D. FURBERG, The necessity for clinical reasoning in the era of evidence-based medicine, in *Mayo Clinic Proceedings*, 88 (2013), pp. 1108-1114.

² V. CAGLI, *Viaggio intorno al mio studio*, Editmabi, Milano, 1999, p. 88.

³ In un recente contributo sull'argomento Cagli mette in luce, attraverso illustri testimonianze della medicina dagli albori sino ai tempi a noi più vicini, che i medici hanno sempre considerato più o meno esplicitamente il ragionamento clinico come una necessità inderogabile della propria professione, pur distinguendosi per il maggiore o minore rilievo attribuito al corretto modo di ragionare rispetto all'osservare. Cfr. V. CAGLI, *Come si ragiona in medicina. Il dialogo tra sapere, esperienza, logica e intuizione*, Armando Editore, Roma, 2013, pp. 13-27.

fosse carente⁴. In altre parole, l'esigenza di fare della pratica clinica un'attività razionale e criticamente consapevole, esorcizzando con ciò il rischio che la stessa si riduca ad un mero esercizio empirico - tecnicista, si erge da un millenario percorso di riflessioni metodologiche risalenti almeno ad Ippocrate e che soltanto in tempi recenti hanno assunto un'esplicita ed articolata maturazione. Al riguardo, il magistero dell'insigne clinico bolognese Augusto Murri è stato significativo nel sostenere perentoriamente la centralità del ragionamento quale strumento indispensabile dell'attività clinica. A tale compito ha dedicato una parte cospicua del suo insegnamento, senza mai mancare di ribadire la necessità di un continuo ed adeguato investimento di energie formative nelle questioni metodologiche. Scriveva Murri:

“Non basta per essere un grande insegnante di Clinica il possedere la facoltà di poter offrire ogni giorno ai propri studenti un modello d'esatto ed acuto giudizio diagnostico; bisogna anche richiamare l'attenzione dei giovani sul valore dei processi mentali, che conducono rettamente a quel giudizio”⁵.

Si tratta, in sostanza, di educare i futuri medici nell'arte di un instancabile e vigoroso esercizio critico e mentale dal cui incomodo nessun medico in quanto tale può essere esonerato, a garanzia che accanto al letto del paziente ci siano sempre esseri ben pensanti e non meri “operai della salute”⁶.

Tali rilievi sono tutt'altro che ridondanti e soprattutto hanno una profonda rilevanza se mossi da chi, come Murri e più recentemente il Prof. Torsoli, ha fermamente difeso la necessità del ragionamento clinico alla luce di una acuta lungimiranza circa i pericoli insiti nel pervasivo sviluppo della tecnologia in ambito clinico, così come nella crescita esponenziale della scienza medica e delle specializzazioni.

La medicina di laboratorio insieme al progresso strumentale ha comportato il conseguimento di grandi avanzamenti nell'attività clinica: nessuno potrebbe negare quanto siano determinanti i dati di laboratorio per individuare e discriminare la presenza di agenti patogeni nell'organismo o quelli di immagine per diagnosticare correttamente una malattia cardiaca. Tuttavia, tali rilievi nonché i supporti tecnici che li forniscono non hanno valenza in se stessi, ma come strumenti informativi che devono integrarsi nel complesso del ragionamento clinico ed in riferimento alle situazioni specifiche di ogni paziente. Ne consegue l'impossibilità di poter sostituire con tali ausili la mente del medico a cui di fatto spetta scegliere gli esami da richiedere, e poi interpretare e valutare criticamente i dati nel contesto del quadro clinico investigato⁷. In altre parole, il laboratorio così come la strumentazione sono

⁴ J.P. KASSIRER, J. WONG, R.I. KOPELMAN, *Learning Clinical Reasoning*, 2nd edn., Lippincott Williams& Wilkins, Philadelphia, 2010, p. 4.

⁵ A. MURRI, *Quattro lezioni e una perizia: il problema del metodo in medicina e biologia*, Zanichelli, Bologna, 1972, p. 15.

⁶ A. TORSOLI, Premessa, in R. TATARELLI, E. DE PISA, P. GIRARDI (a cura di), *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*, Franco Angeli, Milano, 1998, p. 14.

⁷ V. CAGLI, *Elogio del metodo clinico*, Armando Editore, Roma, 1997, p. 87. Su questo punto appare utile anche la distinzione di non poco conto evidenziata da C. Scandellari tra i termini *rilievo clinico* e *informazione clinica* indicando con quest'ultima il significato che il medico trae dal dato semeiologico, strumentale o di laboratorio. Per esemplificare, il valore glicemico di un paziente a digiuno rappresenta un rilievo clinico di tipo osservativo, mentre l'affermazione che quel paziente è affetto da uno stato iperglicemico rappresenta un'informazione clinica che si situa a livello di un giudizio formulato dal

mere appendici del medico anziché essere il contrario giacché è pur sempre il medico che conferisce ai dati da essi ottenuti un valore, un significato che può suggerire qualcosa e quindi la dignità di fatti o segni⁸.

Particolare importanza assume anche la crescita esponenziale del sapere medico-scientifico che ha conosciuto segnatamente durante la seconda metà del secolo scorso un'accelerazione inaudita. Tale sviluppo ha reso irreversibile la proliferazione delle specializzazioni, con una inevitabile ripercussione negativa sulla formazione medica sia nei termini di un crescente investimento sull'acquisizione di una enorme quantità di nozioni e conoscenze e dunque sulla sollecitazione della memoria, sia di una perdita della visione unitaria ed integrata dell'agire clinico e del paziente. Così scriveva Jaspers nel 1986:

“La specializzazione è un fatto irreversibile. L'accrescimento delle abilità tende a confinare lo specialista entro modalità di pensiero definite. Il paziente viene sottoposto alla lunga serie di indagini metodiche e terapie specialistiche che, però, contraddicono le loro buone intenzioni se non trovano un punto di sintesi nello sguardo superiore di un medico che abbia dinanzi ai propri occhi il tutto dell'uomo nella sua situazione reale”⁹.

A fortiori tali mutamenti, aggiungeva Jaspers, si riverberano sull'insegnamento:

“Gli esami mettono sempre meno alla prova la capacità di giudizio, che già a lezione viene esercitata in modo non per nulla conforme alla massa delle conoscenze. [...] In tutto il mondo vengono educate persone che sanno moltissimo, che hanno acquisito particolare destrezza, ma la cui autonomia di giudizio, la cui capacità di indagare e di sondare i propri malati è minima”¹⁰.

Lungo i recenti percorsi di avanzamento conoscitivo e tecnologico in ambito medico è dunque paradossalmente maturata una silente regressione ed inerzia intellettuale, alimentata dall'illusione di poter ridurre l'esercizio della razionalità clinica alla sola padronanza del sapere scientifico e delle sue moderne propaggini empirico – strumentali. Il risultato di questa situazione è che il ragionamento clinico viene spesso declinato nella forma di un pensare standardizzato e tendenzialmente asettico, con ciò trascurando che buona parte della competenza del clinico risiede nella capacità di sapere quando e come applicare criticamente la scienza medica e la tecnologia al letto del singolo paziente. A questo proposito, continuano ad avere un profondo valore le seguenti avvertenze che Augusto Murri rivolgeva ai propri studenti: *“cercate di non abituarvi a pensare astrattamente alla malattia, quale la patologia ve la descrive. Armatevi più che potete di cognizioni farmacologiche, fisiologiche, patologiche, batteriologiche, di cognizioni di ogni genere: più saprete (credetelo!) e più potrete. Ma non immaginatevi neppur per sogno, che basti il sapere: senza il sapere è impossibile*

medico. Cfr. C. SCANDELLARI, Dall'informazione alla decisione clinica, in *L'arco di Giano*, 7 (1995), pp. 173-182:174.

⁸ V. CAGLI, *Come si ragiona in medicina*, op. cit., pp. 26-27. Cfr. anche V. CAGLI, *Elogio del metodo clinico*, op. cit., p. 113.

⁹ J. JONAS, *Der Arzt im technischen Zeitalter*, trad. it. a cura di M. NOBILE, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991, p. 2-3.

¹⁰ *Ivi*, p. 3.

*diventare buon medico, ma con tutto lo scibile medico in testa si può essere in pratica un esimio ignorante*¹¹.

A completamento di quanto appena detto acquistano senso e rilevanza le considerazioni ulteriori di Lisa Sanders che, pur consapevole dell'impossibilità della mente umana di poter conoscere e ritenere tutto il vasto e crescente scibile medico e conseguentemente del valido supporto fornito dalla recente applicazione dell'informatica al ragionamento clinico, ha realisticamente rilevato che anche a voler immaginare la creazione di sistemi computerizzati molto efficienti ed intelligenti, questi né potranno eliminare tutte le sfide che l'esercizio della medicina quotidianamente pone né potranno sostituire *in toto* la figura del medico. Infatti, *"ci saranno sempre scelte da fare: tra possibili diagnosi, tra esami da prescrivere, tra opzioni terapeutiche. Decisioni che soltanto un essere umano abile e competente può prendere"*¹².

Di fronte alla constatazione della necessità ed insostituibilità di un'efficiente e responsabile attività intellettuale da parte del clinico, senza la quale la pratica medica risulterebbe deformata nel suo autentico significato¹³, l'idea di investire sulla creazione di sistemi informatici che possano assistere i medici nel ragionamento clinico continua a non avere il seguito sperato; piuttosto una maggiore attenzione è convogliata sullo sforzo di promuovere e migliorare nei professionisti della salute una adeguata performance intellettuale¹⁴, obiettivo che è entrato a pieno titolo nell'agenda delle priorità formative delle principali Facoltà di Medicina e Chirurgia non solo italiane ma anche internazionali. Del resto, non molto tempo addietro, gli studenti di medicina erano tenuti a frequentare un biennio propedeutico di filosofia dedicato, accanto agli studi etici, all'approfondimento della logica e della gnoseologia¹⁵, discipline che oggi trovano perlopiù spazio nei corsi di Metodologia clinica e nei tirocini formativi. E questo non tanto per affermare il primato della logica nella razionalità clinica, ma almeno per ribadire che l'esigenza di apprendere un corretto modo di ragionare clinicamente non è un bisogno esclusivamente indotto dalla mole di conoscenze oggi disponibili, né tanto meno una invenzione della cultura dei nostri giorni.

Tuttavia, quando si va oltre il piano meramente teorico o formale nel tentativo di porre in essere dei percorsi educativi finalizzati a promuovere l'acquisizione e l'esercizio adeguati del ragionamento clinico "la questione diventa molto più complicata", in quanto ciò che necessariamente è chiamata in causa, rimanendo spesso disattesa o non opportunamente articolata, è la risposta alla domanda: *Che cos'è il ragionamento clinico?*¹⁶

Vale a dire, i successi e i fallimenti delle strategie ed abilità di ragionamento in medicina oltre a dipendere dagli stili cognitivi e dalle competenze e capacità personali così come dalle variabili del contesto, possono essere ricondotti anche a differenti

¹¹A. MURRI, *op. cit.*, p. 91.

¹² L. SANDERS, *Every patient tells a Story. Medical Mysteries and the Art of Diagnosis*, trad. it. a cura di G. LUPI, *Ogni paziente racconta la sua storia. L'arte della diagnosi*, Einaudi, Torino, 2009, p. 294.

¹³ Cfr. E.D. PELLEGRINO, D.C. THOMASMA, *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, Oxford University Press, New York, 1981. In un celebre passaggio del testo gli autori affermano esplicitamente che "La medicina si realizza come tale unicamente quando si impegna nell'intera gamma di attività che compongono il giudizio clinico e che conducono ad una azione decisiva nell'interesse del singolo paziente", *ivi*, p. 146.

¹⁴ L. SANDERS, *op. cit.*, p. 268-274.

¹⁵ P. BINETTI, Il Corso di Metodologia Clinica come Laboratorio di Formazione Didattica, in *MEDIC*, 17, 1-3 (2009), pp. 13-19:19.

¹⁶ J. NORMAN, Research in clinical reasoning: past history and current trends, in *Medical Education*, 39 (2005), pp. 418-427:418.

approcci formativi e conseguentemente agli specifici modelli normativi e/o descrittivi del modo di ragionare dei clinici che ne sono a fondamento. Ad esempio, se si insegna agli studenti un modello medico riduzionista in cui i pazienti sono considerati come meri ricettacoli delle malattie o come macchine da aggiustare qualora siano mal funzionanti il futuro medico, fedele a questa formazione, sarà incoraggiato a ragionare come un perfetto meccanico, privilegiando il metodo ipotetico - deduttivo nonché l'elaborazione delle informazioni biomediche e l'utilizzo della tecnologia¹⁷.

Restringere la visione del ragionamento clinico in modo tale da non prendere in dovuta considerazione quegli elementi che costituiscono la matrice concettuale all'interno della quale esso ha luogo, è come tentare di raccontare la tragedia shakespeariana del Re Lear senza alcun riferimento alle sue figlie: il risultato non sarebbe altro che una deformazione caricaturale¹⁸.

Nell'intento di contribuire a una riflessione di questo genere, nelle prossime pagine verranno affrontati alcuni nodi cruciali del dibattito scientifico e filosofico sul ragionamento clinico, in particolare per ciò che attiene alla sua specifica razionalità e al suo statuto epistemologico, a partire da un breve riferimento allo stato attuale della ricerca sull'argomento e del quadro problematico entro cui essa si iscrive.

Nello specifico, mantenendo sullo sfondo l'irrinunciabile approccio gnoseologico realista nonché il modello di razionalità pratica delineato da Aristotele e insieme, dialogando con alcuni esponenti di spicco in merito ad una più rigorosa, seppur non sistematica, articolazione del problema dello statuto della cognizione in medicina, tra cui Edmund Pellegrino e Hans Georg Gadamer, esamineremo l'ambito del ragionamento clinico alla luce della sua costituzione in funzione dell'operare, mettendo a fuoco la necessità di tener ben saldi l'aspetto teorico del conoscere con quello operativo dell'agire che è proprio della clinica, pena la possibilità di anelare ad una comprensione ed esercizio realistici del ragionamento in medicina.

A sua volta trarremo alimento dalla prospettiva gnoseologica speculativamente impegnata del fisico austriaco Erwin Schrödinger la quale, sebbene attenga all'immagine scientifica del mondo, è orientativa nel descrivere un'aridità che, in alcuni aspetti, sembra caratterizzare anche la sfera del sapere e della cognizione medica, parimenti nell'era del trionfo dell'EBM. E una siffatta aridità, come illustreremo, è tanto più illegittima soprattutto se riferita alla realtà umana sofferente.

1.2 La ricerca sul ragionamento clinico

A partire dagli anni settanta del secolo scorso il ragionamento clinico è diventato un'aria attiva di interesse in diversi ambiti disciplinari, dalla medicina al contesto più ampio delle professioni sanitarie, dalla filosofia alle scienze cognitive, dalla pedagogia medica all'Intelligenza artificiale. Come accennato, questo fenomeno è stato

¹⁷ Cfr. B. LOWN, *The Lost Art of Healing*, trad. it. a cura di C. SPINOGLIO, *L'arte perduta di guarire*, Garzanti, Milano, 1997, p. 6. Significativi, al riguardo, i risultati di uno studio condotto da V. L. Patel et al. nel 1993 in due scuole di medicina con riferimento a differenti modelli educativi. Gli autori hanno riscontrato che gli studenti adottavano quelle strategie di ragionamento che erano coerenti con la formazione ricevuta e con i modelli teorico/descrittivi ad essa sottesi. Cfr. V.L. PATEL, G.J. GROEN, G.R. NORMAN, Reasoning and Instruction in Medical Curricula, in *Cognition and Instruction*, 10 (1993), pp. 335-378.

¹⁸ D. A. ALBERT, R. MUNSON, M. D. RESNIK, *Reasoning in Medicine. An Introduction to Clinical Inference*, The Johns Hopkins University Press, Baltimora and London, 1988, p. 3.

incoraggiato da un clima di generale cambiamento nel *setting* della cura della salute tale da richiedere una maggiore responsabilità ed incisività nei processi decisionali, in vista di risultati qualitativamente desiderabili¹⁹. Per di più, in epoca in cui si cerca di arginare le derive del fenomeno della medicina difensiva, favorendo al contempo una maggiore fiducia nella pratica medico/assistenziale, e considerato l'annoso problema degli errori clinici così spesso riconducibili ad un "ragionamento malato"²⁰, non stupisce se la medicina e le discipline ad essa connesse abbiano inserito tra le proprie priorità quella di implementare una profonda comprensione di tale capacità cognitiva.

Sebbene già nei primi anni del Novecento l'illustre clinico canadese William Osler abbia espresso la necessità di comprendere i processi di pensiero coinvolti nel ragionamento clinico al fine di promuovere una prassi medica più efficace²¹, di fatto i primi studi sistematici in questo ambito si sviluppano sensibilmente con l'imporsi delle scienze cognitive²², affiancando alle finalità teoretiche quelle prettamente educative.

Nel corso di pochi decenni sono stati proposti diversi modelli di ragionamento clinico, tradizionalmente raggruppati in due principali categorie: quelli *normativi*, volti a specificare il modo con cui i medici dovrebbero ragionare (alcuni esempi significativi sono la teoria della scelta razionale di von Neumann e Morgenstern nonché la recente EBM di Sackett) e quelli *descrittivi* che tentano invece di dar conto di come essi di fatto ragionano (il modello dominante è stato per lungo tempo quello ipotetico-deduttivo)²³. In realtà, i confini tra i due ambiti di indagine sono diventati nel tempo alquanto sfumati, né potrebbe essere diversamente, in quanto le analisi descrittive hanno spesso attinto ad alcuni modelli teorici di ragionamento nell'analizzare i concreti modi di pensare dei clinici, così quelle normative hanno avvertito il bisogno di guardare all'effettivo modo di ragionare in medicina affinché i propri approcci risultassero più realistici.

Senza entrare nel dettaglio della storia della ricerca sul ragionamento clinico, in quanto esorbiterebbe dagli obiettivi specifici di questo capitolo, è opportuno per lo meno evidenziarne alcuni punti essenziali. Innanzitutto la nozione di ragionamento clinico, nonostante la sua valenza universale, non è sorta come Atena dalla testa di Zeus. Essa ha conosciuto un lungo processo di sviluppo in medicina alla luce di una varietà di approcci di ricerca e di metodologie quantitative e qualitative che nel tempo si sono notevolmente diversificate ed articolate al loro interno. Tale pluralismo teoretico, e metodologico, ben documentato da una copiosa ed eterogenea letteratura²⁴, se da un lato ha incoraggiato gli studiosi in direzione di una più ampia e ricca comprensione del ragionamento clinico e dei fattori ad esso connessi, dall'altro ha reso problematico, nel lungo periodo, l'accesso ai risultati di questi studi in quanto pubblicati in aree disciplinari così diverse quanto le prospettive dei ricercatori stessi²⁵.

¹⁹ Cfr. I. EDUARD, *Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy*, in *Physical Therapy*, 84 (2004), pp. 312-330.

²⁰ L. SANDERS, *op. cit.*, in particolare pp. 241-267.

²¹ Cfr. W. OSLER, *Aequanimitas. With other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine*, Blakiston's Son & Co., Philadelphia, 1906.

²² V.L. PATEL, J.F. AROCHA, J. ZHANG, *Thinking and Reasoning in Medicine*, in K. J. HOLYOAK (ed.), *The Cambridge handbook of thinking and reasoning*, Cambridge University Press, New York, pp. 727-750: 728.

²³ W.E. STEMPSEY, *Clinical reasoning: new challenges*, in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30 (2009), pp.173-179:174.

²⁴ Cfr. J. HIGGS, M.A. JONES, S. LOFTUS, N. CHRISTENSEN (eds.), *Clinical reasoning in the Health Professions*, 3rd edn, Amsterdam (ecc.), Elsevier, 2008, in particolare la terza sezione.

²⁵ J. NORMAN, *Research in clinical reasoning*, *op. cit.*, p. 418.

A fronte di questa situazione è recentemente emersa la necessità di una svolta dialogica che metta in comunicazione i diversi modelli teorici riduttivi, ovvero sia parziali, alla luce dei rispettivi punti di forza e con l'intento di rispondere non ad un mero interesse teoretico quanto prevalentemente pragmatico, nel senso di illuminare e meglio orientare la realtà dell'agire clinico²⁶. Con questo non si vuol affermare che i molteplici approcci al ragionamento clinico siano egualmente equiparabili quanto a valenza teoretica e metodologica. Piuttosto, seguendo le suggestioni aristoteliche, la ricerca ha ritenuto utile dialogare sia con coloro di cui si condividono le opinioni sia con coloro le cui opinioni non si sono condivise; infatti anche costoro hanno fornito il loro contributo nel cammino per la verità nella misura in cui hanno concorso ad affinare l'abito speculativo in tale contesto tematico²⁷.

A questo proposito, guardando alla parabola dello sviluppo della ricerca sul ragionamento clinico emerge che sia i primi modelli basati sull'approccio comportamentale sia quelli successivi e di gran lunga maggiori influenzati dalle teorie cognitive, nel tentativo di spiegare *in toto* il dominio del ragionamento clinico rispettivamente nei termini di comportamento osservabile e di processi e strutture mentali impiegati nei principali compiti clinici (elaborazione ed organizzazione delle conoscenze, richiamo della memoria, risoluzione di problemi, schemi, *scripts*)²⁸, si sono rivelati alquanto riduttivi. Infatti, tali approcci, attestati prevalentemente su paradigmi quantitativi derivati dalle scienze naturali e largamente basati sulla metafora della mente umana come un computer biologico, hanno finito per misconoscere tutte quelle componenti qualitative ed altrettanto fondamentali del ragionamento clinico, quali la soggettività del medico, il suo stile cognitivo, l'intuizione, la saggezza, l'influenza del contesto e della relazione medico-paziente, la dimensione morale, le specificità della clinica, l'intenzionalità del conoscere, l'emotività, fattori tutti che sfuggono ad una piena esplicitazione e misurazione e che pertanto possono sembrare non convincenti a coloro che cercano anche nel campo della cognizione medica un rigore matematico²⁹.

Quando Francisco Varela afferma che la "*mente non è nella testa*" egli intende suggerire che ogni atto cognitivo (e quindi anche il ragionamento clinico) si dà come incarnato, vale a dire che è intimamente legato all'intero organismo e al contesto nel quale esso prende corpo. Ciò implica che una ricerca, finalizzata ad esplorare la natura del ragionamento clinico e come questo possa essere migliorato, non può essere perseguita fruttuosamente a prescindere dalla considerazione di tali ulteriori dimensioni di natura qualitativa³⁰. Se non facessimo così ci attesteremmo su una concezione astratta oltre che epistemologicamente scorretta del pensare medico, poiché si avallerebbe implicitamente la tesi secondo la quale sarebbe possibile parlare di ragionamento clinico senza alcuna considerazione del medico che ragiona e, cosa

²⁶ Cfr. S. LOFTUS, Rethinking clinical reasoning: time for a dialogical turn, in *Medical Education*, 46 (2012), pp. 1174-1178.

²⁷ ARISTOTELE, *Metafisica* (a cura di G. REALE), Rusconi, Milano, 1993, II, 1, 993b.

²⁸ Cfr. S. LOFTUS, *Language in clinical reasoning: learning and using the language of collective clinical decision making*, Unpublished Ph.D thesis, University of Sidney, Australia, 9 July 2007. <http://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/1165>.

²⁹ H.D. BRAUDE, Conciliating cognition and consciousness: the perceptual foundation of clinical reasoning, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18 (2012), p. 955. Cfr. anche W.E. STEMPEY, *Clinical reasoning: new challenges*, *op. cit.*, pp. 176-179.

³⁰ Cfr. F.J. VARELA, J. SHEAR, First-person methodologies: what, why, how?, in *Journal of Consciousness Studies*, 6 (1999), pp.1-14.

ancora più grave, ciò significherebbe negare che l'incontro clinico è fondamentalmente un incontro umano e non matematico³¹.

Tale consapevolezza è affiorata con chiarezza già alla fine del secolo scorso con l'emergere di nuovi approcci interpretativi che, pur non rifiutando i numerosi contributi forniti dalle precedenti ricerche, spostano la loro attenzione sul ragionamento clinico dall'enfasi data al cognitivo all'inclusione di una interazione dinamica tra diversi fattori. Non si tratta di una mera ridefinizione decorativa di qualche modello dominante precedente ma di una svolta nella ricerca verso una crescente comprensione sia della dimensione incarnata che di quella clinica del ragionamento in medicina, per il quale oggi si parla chiaramente nei termini di una capacità complessa, caratterizzata da differenti processi e conoscenze specifiche, che difficilmente può essere riconducibile ad un modello esplicativo esaustivo³².

Si può cogliere questa visione del ragionamento clinico, tentando di delineare un punto di vista a partire dal quale essa possa essere articolata come un approdo né casuale né infondato. È scopo del paragrafo successivo dare un contributo in tale direzione, a partire dall'articolazione dei fondamenti teoretici con riguardo a cosa l'espressione "ragionamento clinico" può significare.

1.3. Che cosa è il ragionamento clinico

L'espressione "ragionamento clinico" consta di due termini e di un concetto che necessitano di essere brevemente chiariti. Iniziamo da una previa considerazione dell'aggettivo "clinico", in quanto tale qualifica ha una funzione costitutiva nel determinare la razionalità del ragionamento in medicina, specificandone l'oggetto, lo scopo e conseguentemente il modo con cui lo stesso dovrebbe strutturarsi dal punto di vista metodologico. Questa impostazione è dettata anche da ragioni più profondamente teoretiche: si è già detto che il ragionamento è uno strumento di cui si avvale la clinica e non viceversa. Tuttavia, quando oggi si parla di ragionamento clinico per lo più si tende ad invertire i termini del discorso e questo da mezzo diviene il fine. Da qui la necessità di definire sin dal principio di quale ragionamento si stia parlando. Seppur con i dovuti distinguo, come Platone suggerisce in modo significativo:

"tutte le cose che sono in relazione con un oggetto, considerate in sé e da sole hanno relazione con gli oggetti presi in sé e da soli; ma cose dotate di una determinata qualità l'hanno con oggetti dotati di quella qualità. E non dico che siano esattamente quali sono i loro oggetti; non dico che, per esempio, la scienza delle cose sane e malate è sana e malata, e quella delle cattive e buone cattiva e buona; ma poiché essa è divenuta scienza non di ciò che costituisce l'oggetto della scienza, ma di un oggetto determinato, ossia del sano e del malato, eccola divenuta anch'essa una scienza determinata; e

³¹W.E. STEMPSEY, *op. cit.*, p. 179.

³²Una significativa testimonianza di questo approdo della ricerca sul ragionamento clinico è data dal già citato testo di J. Higgs et al., *Clinical Reasoning in the Health Professions*. Nella sua terza edizione (la prima è del 1995) gli autori parlano esplicitamente di un ampliamento conoscitivo sul tema in questione, frutto di uno studio che non solo ha giovato della collaborazione di più autori e colleghi e dunque di più prospettive, ma anche dell'adozione di un approccio che potremmo definire più realistico. Infatti, il ragionamento clinico non è esplorato da un punto di vista statico, ma nei termini di un processo contestualizzato che si articola su più livelli che ne determinano la complessità.

*perciò non la si è più chiamata semplicemente scienza, ma, per l'aggiunta della specificazione, scienza medica*³³.

Sulla scorta dell'analogia con il passo platonico, l'oggetto della nostra indagine non è il ragionamento in generale ma che cosa esso sia alla luce del nesso semantico di specificazione che lo connette alla clinica e che fa di esso un ambito ben determinato.

Tale percorso di chiarificazione è intenzionato anche a dare nuova voce al problema della legittimità o meno di connettere il ragionamento alla sfera clinica, ovverosia al modo con cui si pone l'esigenza della loro unione e, in caso contrario, cosa comporta la mancata o erronea considerazione di questo legame. Detto altrimenti, il ragionamento inteso come "strumento essenziale in medicina" non è in gioco solo in funzione del *pòlemos*, ovvero in riferimento alla difesa della clinica nella sua specifica identità mediante argomentazioni razionali, ma anche, e in prima istanza, in quanto è alla base della pratica clinica stessa, relativamente al suo avvalersi costitutivamente del ragionamento³⁴, con modalità proprie che ora andremo ad illustrare in alcuni tratti essenziali tra quelli maggiormente pertinenti alla nostra trattazione.

L'aggettivo "*clinico*" deriva dal greco *klīnikòs* che significa ciò che si effettua presso il letto del paziente. Nello specifico, questo fare si radica nell'attività del piegarsi del medico sul letto dell'ammalato, come suggerisce il verbo greco *klīno* che per l'appunto significa chinarsi.

Clinica, dunque, come appellativo riferito allo studio diretto del singolo paziente al fine di identificarne il fenomeno morboso, prevederne il decorso futuro e, se possibile, modificarne l'esito mediante un'appropriata terapia. Così declinata, la clinica è propriamente un'attività che si situa, secondo la scansione aristotelica, nella sfera dell'agire e ciò che la specifica distinguendola sia dall'ambito più generico che di quello speciale della medicina è il suo essere focalizzata non su classi di oggetti ma su singoli individui³⁵.

A tal proposito, Murri fissò con felice lungimiranza le specificità di questa branca della medicina, puntualizzando che:

*“Non è ufficio del Clinico l'espone le condizioni della scienza in generale: egli deve giudicare d'un malato, del suo proprio malato, osservarlo, scorgerne il problema, discuterlo, tentar di risolverlo valendosi delle scienze e traendo da queste gli elementi di giudizio, ma non sostituendosi al patologo, all'anatomico, al fisiologo, scordandosi del proprio ufficio. [...] La mira del patologo è di conoscere tutto il processo d'una malattia: egli non studia il caso speciale, se non per trarne luci ed illuminare il fenomeno in genere. [...] Per noi è tutt'altro: noi non studiamo il malato per questo scopo altissimo di conoscere la malattia, uno scopo però alquanto egoistico riguardo all'individuo: no, noi dobbiamo occuparci di lui”*³⁶.

³³ PLATONE, Repubblica, IV, 438 d 12 – e 8, in PLATONE, *Opere complete*, trad. it. a cura di F. SARTORI, vol. 6, Laterza, Bari, 1974.

³⁴ Cfr. S. MARTINI, *Bisturi, Fuoco e Parola. Gli strumenti dell'arte medica ippocratica*, Pellegrini Editore, Cosenza, 2007, p. 17.

³⁵ G. FEDERSPIL, Il sapere medico e l'agire clinico, in A. BOMPIANI (a cura di), *Formare un buon medico. Prospettive a confronto*, FrancoAngeli, Milano, 2006, pp. 122-54: 148.

³⁶ A. MURRI, *Il medico pratico*, Zanichelli, Bologna, 1914, p. 10.

L'attività clinica si avvale certamente delle conoscenze di base, specialistiche e sperimentali fornite dalla scienza medica. Infatti, se perdesse il suo riferimento reale ai necessari lumi teorici, essa regredirebbe al rango di una pratica empirica cieca che rischierebbe di procedere per tentativi, privando in tal modo la medicina del suo abito scientifico che, sebbene non sia l'unico di questa professione, ne rappresenta pur sempre una parte fondamentale. Ciononostante la clinica stessa non si esaurisce nel sapere biomedico con la sua preferenza per la ricerca di leggi generali, nella misura in cui il medico, avendo a che fare con un oggetto di studio sempre unico e così complesso come l'individuo malato, deve sempre adeguare tale sapere al caso in esame e dunque con la necessaria e prioritaria esperienza clinica nelle sue diverse forme. Innanzitutto, l'esperienza clinica è indicativa della conoscenza concreta del fenomeno morboso investigato, informazioni che sono al lavoro nel processo del ragionamento clinico dalle sue fasi iniziali, nel tentativo di determinare cosa non va nel paziente mediante la raccolta dell'anamnesi, l'esame fisico o strumentale, sino a quelle terminali, con lo sforzo di porre in essere l'adeguata e giusta azione terapeutica per quel paziente. Occorre precisare che tale conoscenza clinica si articola inoltre (o quanto meno, dovrebbe articolarsi) come esperienza di quegli aspetti (carattere, condizioni familiari, esperienze emozionali, interazioni psicosociali, ecc.) che, pur non rientrando nell'ambito strettamente quantitativo del discorso medico, non di rado possono essere all'origine di manifestazioni molto varie della stessa malattia nonché di esiti diversi di omologhi trattamenti di cura. A titolo d'esempio, l'insorgere del diabete mellito molto spesso è associato ad una predisposizione determinata geneticamente, ma il modo e la severità con cui si manifesta sono fortemente influenzati da fattori individuali quali le variazioni nella dieta e nello stile di vita molto variabili da un paziente ad un altro.

In altre parole, i quadri clinici che si riscontrano nella realtà sono molto diversi e ben più complicati dei quadri sintomatologici descritti nei trattati di medicina e questo vuol dire che ogni paziente è irripetibile anche quando nella sua patologia presenta fatti che lo accomunano ad altre persone malate³⁷. Nel giudicare dell'attività clinica è dunque opportuno prendere le distanze dai seguenti estremi possibili: sia dal considerarla una disciplina meramente cartesiana, nella quale la pratica è soltanto la conseguenza deduttiva di teorie biomediche, sia dal ridurla ad una disciplina puramente empirica, avulsa da ogni riferimento alle conoscenze scientifiche. L'immagine più adeguata della clinica è piuttosto quella di una disciplina dell'individuale o più modernamente ideografica³⁸, espressioni che, nel contribuire a mettere a fuoco le priorità epistemologiche della clinica, intendono genuinamente ribadire che il suo oggetto non è totalmente misurabile e standardizzabile e che ad esso non possono essere applicati in modo meccanico e diretto, vale a dire a prescindere da una razionale deliberazione, i rami dello scibile medico.

La dinamica appena descritta, richiamando la nota distinzione tra ideografico e nomotetico introdotta dal filosofo tedesco Wilhelm Windelband per caratterizzare due tipologie di scienze, non si presenta sotto forma di una antitesi tra la clinica e la

³⁷ M. PELAEZ, *Medicina*, in *Dizionario Interdisciplinare di Scienza e Fede (DISF)*, 2002, p. 12. <http://disf.org/medicina>

³⁸ Cfr. G. VIOLA, *La clinica come scienza dell'individuale e la sua posizione nella gerarchia delle scienze*, Cappelli Editore, Bologna, 1923. Cfr. G. FEDERSPIL, *Epistemologia delle scienze mediche*, in C. COBELLI, M. STEFANELLI e V. TAGLIASCO (a cura di), *La strutturazione del sapere biomedico*, Patron Editore, Bologna, pp. 24-32.

scienza medica come se esse non fossero conciliabili o, secondo i canoni avallati dalla rivoluzione scientifica moderna, come se la prima avesse un valore inferiore in quanto priva dei caratteri “convenzionali” propri della scienza³⁹. Piuttosto, con un procedimento cauto ma determinato sarebbe opportuno ricalibrare questo esito evidenziando, con le parole di Aristotele, “*che chi possiede la scienza medica non sempre la esercita, poiché non la conoscenza, ma qualcos'altro è il movente principale per agire conformemente alla conoscenza*”⁴⁰.

Sembra che si possa dare un primo senso a questa affermazione ribadendo che il sapere biomedico non può essere considerato propriamente medicina sino a quando non è impiegato in un particolare contesto clinico per ristabilire la salute e il benessere in una vita umana concreta e individuale⁴¹, fine che rappresenta il movente principale di un comportamento che aspiri ad essere conforme alla scienza medica. La clinica, come luogo di esercizio dello scibile medico che sarebbe ridotto ad una sterile curiosità senza il suo uso a vantaggio della salute degli uomini, rappresenta dunque l'unitivo e reale *background* della professione medica e insieme un prezioso contesto per l'apprendimento di conoscenze e pratiche essenziali che altrimenti non sarebbe possibile acquisire e senza le quali la medicina stessa non potrebbe realizzarsi in modo concreto ed efficace. Oltre alla ricchezza delle informazioni cliniche e biografiche legate al singolo paziente, l'attività clinica è fondamentale per l'elaborazione degli *illness scripts*, letteralmente copioni delle malattie che attraverso l'esperienza diretta diventano più realistici e concreti e dunque maggiormente funzionali nel supportare il processo diagnostico e terapeutico, così come per la produzione di nuove conoscenze cliniche allorquando il caso investigato non rientra in nessun quadro nosografico sino a quel momento scientificamente conosciuto⁴². Analogamente, la pratica dell'osservazione, strumento indispensabile nell'attività clinica, può essere propriamente appresa secondo il modello medievale dell'imparare a bottega, vale a dire adeguando sul campo tale capacità alla realtà che si sta osservando.

Con l'intento di ribadire la stretta e fruttuosa correlazione esistente tra la teoria e la pratica medica, anche a livello formativo, il già citato William Osler si è soffermato molto sulla necessità di aggiornare ed integrare continuamente il sapere che le università forniscono agli studenti giacché esso rappresenta una mappa indispensabile anche se incompleta verso il “viaggio clinico”. Da ciò il suo esplicito richiamo alla centralità formativa della corsia nel ribadire che:

“al terzo e al quarto anno l'ospedale diventa l'equivalente di ciò che sono stati i laboratori per il primo e per il secondo; in esso lo studente apprende l'arte pratica della medicina. Potremmo definirlo il modo naturale di insegnare questa materia. [...] Se si chiede ad un clinico con vent'anni di servizio come è diventato competente nella sua arte egli risponderà: attraverso un contatto continuo con i malati; egli aggiungerà che la medicina appresa nelle università è totalmente differente da quella acquisita al letto del

³⁹ Cfr. E. J. CASSEL, Art of Medicine, in W. T. REICH (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, 3 (1995), pp. 1674-1679: 1674.

⁴⁰ ARISTOTELE, *L'Anima* (a cura di G. MOVIA), Bompiani, Milano, 2001, III, 9, 433 4-7.

⁴¹ M. PELAEZ, *op. cit.*, p. 13.

⁴² Questo circolo virtuoso tra individuale e generale non è esclusivo della medicina. Lo stesso Gadamer lo ricorda facendo riferimento alla giurisprudenza, evidenziando che le sentenze giudiziarie oltre a non essere l'esito di una mera applicazione di leggi generali a casi particolari, incarnano in qualche modo anche la produzione di nuovo diritto a partire dalle singole realtà esaminate. Cfr. L. SESTA, *Ars curandi. Prospettive di filosofia della medicina*, Aracne, Roma, 2011, p. 70.

*paziente. [...] Nel modo naturale di insegnare questa materia lo studente inizia i suoi studi con il paziente, li prosegue con il paziente e li conclude con il paziente, usando libri e lezioni come strumenti o mezzi per un fine*⁴³.

Alla luce di questa breve chiarificazione dell'ambito clinico e della sua peculiare complessità *in primis* ontologica e sostanziale, prima ancora che epistemologica, siamo ora in grado di sintetizzare gli aspetti essenziali dell'attività raziocinativa in medicina.

Nella letteratura medica sia italiana che internazionale il termine ragionamento clinico, nel suo significato più esteso, è indicativo dell'ampia gamma di attività cognitive associate ad ogni fase del procedimento clinico, da quella diagnostica a quella prognostico-terapeutica. Il ragionamento è lo strumento di cui la clinica si avvale per affrontare i problemi del paziente in modo critico e consapevole e, come tale, esso incide in larga misura sui suoi contenuti conoscitivi e decisionali⁴⁴. Come ogni ragionamento, anche quello clinico è sorretto da logiche e strutture differenziate, al punto che si potrebbe parlare di ragionamenti clinici al plurale, anche se il suo uso al singolare intende esprimere una sottostante logica di integrazione di tale strumento cognitivo⁴⁵. Nello specifico, tale integrazione si articola su due fronti interconnessi. Da un lato le diverse modalità di ragionamento trovano unità nel costituirsi in funzione dell'agire clinico da cui ricevono la loro strutturazione interna. Da questo punto vista, non ogni ragionamento si caratterizza come clinico ma soltanto quello ha come motore portante il caso clinico e come finalità quella di essere un mezzo adeguato per l'azione possibile, ossia il ristabilire la salute e la guarigione, ribadendo che nella parola caso, come ricorda Gadamer, *“convergono entrambi i significati, da un lato il caso particolare della regola, dall'altro il caso clinico, costituito dalla situazione anomala del malato, che riflette una problematica esistenziale completamente differente”*⁴⁶. Dall'altro, le modalità logiche od epistemiche del ragionamento clinico altro non sono che differenti aspetti della stessa ragione umana che esprime se stessa in varie forme a seconda del compito e del contenuto da intenzionare. A titolo esemplificativo, nella fase di raccolta dell'anamnesi prevarrà un ragionamento di tipo narrativo, la generazione dell'ipotesi diagnostica è prevalentemente governata da processi cognitivi precoci ed alogici dominati dall'intuizione, così come la fase osservativa sarà più genuinamente empirico-induttiva. Ancora, nel determinare quali azioni debbano essere intraprese per rimuovere o alleviare il probabile disturbo del paziente, il medico spesso fa appello alle migliori evidenze scientifiche disponibili sia con riguardo al decorso di una malattia con o senza farmaci, chirurgia, dieta o altre terapie sia all'efficacia e tossicità di rilevanti misure terapeutiche ed in questa fase del procedimento clinico si alternano in un dialogo continuo sia i ragionamenti ipotetico-deduttivi che induttivi⁴⁷.

⁴³ W. OSLER, The Natural Method of Teaching the Subject of Medicine, in *JAMA*, 36 (1901), pp. 1673-79: 1673.

⁴⁴ A. TORSOLI (a cura di), *Manuale di Metodologia clinica per studenti e giovani medici*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997, p. 51.

⁴⁵ C. ALBASI, *Psicopatologia e ragionamento clinico*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009, p. 9.

⁴⁶ H.G. GADAMER, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, trad. it. a cura di M. DONATI, M.E. PONZO, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994, p.106.

⁴⁷ E.D. PELLEGRINO, The anatomy of clinical judgment, in E.D. PELLEGRINO, D.C. THOMASMA, *A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions*, New York, Oxford, Oxford University press, 1981, pp. 119-152, trad. it., *Anatomia del giudizio clinico, in Sanità, Scienza e Storia*, 1 (1987), pp. 13-14.

Nonostante le differenze fra le diverse modalità noetiche di accesso alla realtà, il ragionamento clinico può trarre beneficio dalla loro interazione ed integrazione in quanto ognuna, se articolata nel modo adeguato, è un utile strumento di razionalizzazione del fenomeno clinico investigato e con esso della stessa pratica clinica. Ad un livello più generico dell'epistemologia del ragionamento clinico, tali distinzioni appaiono meno nette in quanto, secondo l'approccio classico realista, i momenti razionali della cognizione medica non sono mai interamente isolabili dagli aspetti empirici e la prassi non è semplice attuazione di tutto ciò che è realizzabile poiché implica, di volta in volta, una deliberazione razionale tra diverse possibilità di applicazione del sapere scientifico al momento disponibile⁴⁸.

Il ragionamento in clinica non è dunque omologabile ad un mero esercizio intellettuale chiuso nei limiti di se stesso: un approccio esclusivamente razionale ai problemi del paziente sarebbe insostenibile oltre che gnoseologicamente infondato, poiché significherebbe oscurare la struttura intrinsecamente relazionale della conoscenza, per cui la ragione è sempre in relazione a qualcosa (l'oggetto in quanto tale). Inoltre, in termini kantiani, le fasi dell'attività clinica maggiormente sbilanciate sul versante mentale, quali l'elaborazione di un giudizio prognostico, non si articolano come momenti genuinamente puri, così come quelli empirici, ad esempio l'osservazione, sono sempre compromessi di teoria.

Quanto ora rilevato può meglio chiarirsi mediante alcune esemplificazioni. Si consideri il seguente scenario riportato da Vito Cagli⁴⁹:

SCENARIO n.1

Giovane donna di anni 30. Viene a visita per insistente dolore intercostale. Ripetuti esami non hanno accertato la causa del dolore. All'ispezione del torace si osserva un tipico quadro di Herpes Zoster. La paziente dichiara che in precedenza nessuno aveva mai scoperto il suo torace.

In questo caso possiamo ben affermare che l'osservazione del torace, fase indicativa di un momento squisitamente empirico nel ragionamento clinico, è stata essenziale per raccogliere i dati utili ad orientare verso la corretta diagnosi di Herpes Zoster; tuttavia, non meno incisivi sono stati gli aspetti razionali legati alla conoscenza teorica della malattia, al riconoscimento della stessa e, soprattutto, all'aver avuto un sospetto qualitativamente diverso rispetto a quello dei medici che avevano precedentemente visitato la paziente e che ha orientato l'osservazione verso il rilievo delle lesioni toraciche.

In altre parole, come ben acclarato dalla riflessione popperiana, l'osservazione è tutt'altro che un'operazione neutrale o prettamente disinteressata, vale a dire realizzante una conoscenza totalmente empirica ed appiattita sul versante dell'oggetto. L'osservazione, infatti, è sempre conoscenza di qualcosa, ma al contempo il modo con cui tale qualcosa è intenzionato segue alla mediazione soggettiva di chi osserva, come del resto evidenzia lo scenario precedentemente considerato. D'altra parte, l'osservazione non potrebbe neanche svilupparsi come un'attività esclusivamente

⁴⁸ H.G. GADAMER, *op. cit.*, p. 8.

⁴⁹ V. CAGLI, *Come si ragiona in medicina*, *op. cit.*, p. 36.

attestata sul punto di vista dell'osservatore, condizione che la esporrebbe al rischio di ridurre ciò che si osserva entro i limiti delle nostre mediazioni interpretative.

Ancora, le fasi più genuinamente mentali del ragionamento clinico, ad esempio quella della generazione dell'ipotesi diagnostica, si richiamano costantemente al versante pratico-empirico dell'attività clinica, né potrebbe essere diversamente se non si vuol prestare il fianco ad un ragionamento che sin *ab initio* declina dalla possibilità di poter afferrare la realtà in modo adeguato e dunque veritativo.

Lo scenario clinico che segue⁵⁰ varrà di chiarimento:

SCENARIO n. 2

Si ricovera dal Pronto Soccorso un 65enne palesemente ascitico. Avendo rilevato colorito terreo, eritema palmare, nevi recemosi al collo e al volto e, alla visita, splenomegalia, i medici del Pronto Soccorso hanno inviato il paziente in reparto di degenza con la diagnosi di cirrosi scompensata. Nel corridoio [...] il paziente è accompagnato in sedie a rotelle da due figli, uno dei quali porta un bidoncino da 5 litri con un liquido giallo. Alla domanda del medico spiega: "è vino, mio padre non è capace di farne a meno, e abbiamo sentito dire che in ospedale non ne passano". La diagnosi di cirrosi scompensata si completa [...], con l'ovvio riconoscimento dell'etiologia alcolica e con le informazioni da una storia e da un esame fisico più esaurienti e con la richiesta di test per valutare la severità della disfunzione del fegato.

Questa curiosa vicenda, nella sua semplicità, mostra come l'ipotesi diagnostica di cirrosi scompensata sia sorta, utilizzando ancora una volta il vocabolario kantiano, sulla base di un ragionamento non analitico, ossia in stretta continuità con le prime osservazioni, a loro volta articolate sulla base di un sfondo cognitivo che ha favorito il riconoscimento euristico della malattia. Nell'ulteriore svolgersi del ragionamento, la fase della generazione dell'ipotesi diagnostica è dialetticamente orientata ed imbricata con quella propriamente empirica del suo controllo, ove lo scenario mostra chiaramente la ricerca di prime conferme (richiesta di spiegazioni sul bidoncino e sul relativo contenuto, raccolta dell'anamnesi ed esame fisico più esaurienti e mirati, richiesta di test diagnostici specifici) che, al contempo, contribuiscono ad arricchire e definire meglio l'ipotesi di lavoro con l'eziologia alcolica e la valutazione della severità della disfunzione epatica.

Dovrebbe, a questo punto, essere chiaro che il ragionamento clinico si configura come un processo caratterizzato da diverse fasi percorse da incertezze e da una successione non lineare né definita di operazioni mentali, empiriche e pratiche che si richiamano l'una all'altra, riducendo progressivamente gli stati di incertezza. A ragione, Gerald Edelman, premio Nobel per la medicina nel 1972, nel teorizzare in neurobiologia il principio della ricorsività, evidenzia come essa abbia "*una funzione costruttiva e non solo correttiva*"⁵¹, espressione che, calata nel contesto della nostra trattazione, ben esemplifica quanto nel processo del ragionamento il medico possa modificare il suo sapere e la sua esperienza iniziale e, sulla base di tali correzioni,

⁵⁰ L. PAGLIARO, M. BOBBIO, A. COLLI, *La diagnosi in medicina. Storia, strumenti, scenari e incertezze nell'incontro tra paziente e medico*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011, p. 99.

⁵¹ G.M. EDELMAN, *The remembered present. A Biological Theory of Consciousness*, trad. it. a cura di L. SOSIO, *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*, Rizzoli, Milano, 1991, p. 91.

costruire conoscenze nuove, proprio in virtù di una razionalità epistemologicamente integrata. In altre parole, dall'osservazione ed elaborazione dell'ipotesi diagnostica alla loro valutazione critica e fattuale, proseguendo sino alla fase prognostico-terapeutica, il ragionamento clinico va costruendo gradualmente una conoscenza e una comprensione più ampia e funzionale della situazione investigata, tratteggiando un movimento a spirale tale per cui il ritorno ai dati iniziali è sempre un ragionamento nuovo in quanto arricchito da osservazioni e controlli più mirati che consentono un guadagno conoscitivo e prospettico maggiormente conforme alla realtà sintomatologica di cui si ragiona⁵².

Se allarghiamo lo sguardo all'intero processo del ragionamento clinico esso appare dunque un costrutto eminentemente interpretativo che, nel senso profondo dettato dall'etimo stesso della parola interpretare, vuol dire attribuire un significato (*pretium*, valore) ad un fatto in correlazione (*inter*, fra) con altri fatti. L'anamnesi, il quadro sintomatologico, i referti, la prognosi, le evidenze statistiche, sono tutti aspetti che vanno letti alla luce di una corretta ermeneutica che non potrà essere mai univoca ma piuttosto, di volta in volta, adeguata alle peculiarità di ciò che deve essere interpretato. Quando la Sanders afferma che "Ogni paziente racconta la sua storia" intende invitare ad un serio approccio al concetto di storia, come dimostrano le testimonianze raccontate; vale a dire ogni racconto esige criteri interpretativi propri, che diano ampio spazio alla storia stessa di trasparire nella sua complessità e all'interprete di coglierla in forme sempre più ampie e meno riduttive. Ma questo non potrà realizzarsi se non si tiene in debita considerazione il vario intrecciarsi tra la complessità dei fenomeni investigati e i modi con cui li interpretiamo, tra il contenuto e le sue caratteristiche formali⁵³ le quali, pur nella loro disomogeneità, realizzano nel ragionamento clinico un dialogo continuo e fecondo tra *observatio* e *ratio* nonché tra teoria e pratica.

A questo riguardo, se si fa riferimento all'impostazione del tema del ragionamento clinico così come si è venuta storicamente polarizzando tra i due abiti gnoseologici estremi e contrari dell'empirismo e del razionalismo⁵⁴, pare addirittura chiaro - ma ciò non è stato riconosciuto con la dovuta consapevolezza da entrambe le parti - che il medico, nel momento in cui intraprende un percorso di cura con il proprio paziente, pone in essere un'azione conoscitiva⁵⁵ che va oltre tale riduttiva dicotomia.

Richiamando una suggestione gadameriana di origine platonica⁵⁶ riguardante la distinzione tra due tipi di misura, l'una (*métron*) che valuta un oggetto dall'esterno e l'altra che è *interiore* alla cosa stessa misurata, restituendoci il suo essere adeguato (*métrion*), tanto i fautori dell'approccio empirista quanto di quello razionalista, se

⁵² Cfr. V. TAMBONE, G. GHILARDI, *La mucca pazza e il dottor Watson. Filosofia e deontologia dell'agire medico*, Società Editrice Universo, Roma, 2015, pp. 204-206.

⁵³ E. POLI, *Metodologia medica. Principi di logica e pratica clinica*, Rizzoli, Milano, 1965, p. 64.

⁵⁴ Cfr. D. ANTISERI, M. TIMIO, *La medicina basata sulle evidenze. Analisi epistemologica*, Edizioni Memoria, Cosenza, 2000. Andrebbe forse evidenziato, *en passant*, che l'articolazione del tema del ragionamento clinico è stato ed è tutt'ora influenzata dallo sviluppo e dagli esiti di una più generale riflessione epistemologica. Del resto questo percorso non dovrebbe destare stupore se si considera che la medicina, nella misura in cui si è progressivamente attestata su un versante sempre più scientifico, ha conseguentemente ereditato i risultati della riflessione filosofica sulla scienza.

⁵⁵ Occorre sottolineare che anche l'atto del conoscere è un'azione, propriamente un atto di natura psichica o mentale, con ciò distinguendosi dalle azioni o eventi fisici che possono essere descritti attraverso determinazioni quantitative. Questo non vuol dire che la conoscenza non implichi un supporto fisico, condizione sempre necessaria per qualsiasi atto conoscitivo, ma che la stessa include elementi mentali, dunque qualcosa di soggettivo, irriducibile ad una mera descrizione fisica e che rappresenta il *medium*, il contributo attivo del conoscente nell'impresa conoscitiva. Cfr., sull'argomento, J.J. SANGUINETI, *Introduzione alla gnoseologia*, Le Monnier, Firenze, 2003.

⁵⁶ H.G. GADAMER, *op. cit.*, p. 109.

cadono nell'unilateralismo, si attestano su una misura esteriore del processo del ragionamento clinico piuttosto che su una lettura adeguata della sua dinamica interna e in ciò sono simili a quei metodologi, di cui ebbe a dire Freud, che trascorrono così tanto tempo a pulire i propri occhiali da non avere alcun momento per guardare attraverso di essi⁵⁷.

Detto altrimenti, un medico che conduce il proprio ragionamento clinico in modo appropriato e consapevole, guardando dai propri occhiali, non può negare che il suo operato si situa in uno specifico orizzonte gnoseologico (e metafisico), quello cioè del realismo filosofico con la sua peculiare attenzione nel rispecchiare le articolazioni effettive del conoscere e dell'agire.

⁵⁷ Cfr. S. BERNFELD, S. CASSIRER BERNFELD, *Bausteine der Freud-Biographik*, trad. it. a cura di G. QUATTROCCHI, BERNARDINI, *Per una biografia di Freud*, Bollati Boringhieri, Torino 1991, p. 208. Cfr., anche, V. CAGLI, *La crisi della diagnosi. Cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica*, Armando Editore, Roma, 2007, pp. 64-65.

2. Teorie della conoscenza, metodologia e razionalità pratica nel ragionamento clinico

2.1 Il valore epistemologico del realismo per il ragionamento clinico

Alla luce di quanto siamo venuti sin qui declinando, essendo il ragionamento propriamente un tema di gnoseologia, non si può scansare la discussione sul valore veritativo della conoscenza, di cui il realismo è un capitolo centrale, se non quello più importante. Ci sembra che un approfondito richiamo di questa corrente filosofica, con i suoi addentellati metafisici, possa offrire alcuni spunti di riflessione utili per una corretta lettura del ragionamento clinico e dell'impostazione della ricerca in tale ambito tematico.

L'impianto gnoseologico di fondo del realismo filosofico lega saldamente il tema della conoscenza, intesa come relazione tra il soggetto conoscente (nel nostro caso il medico) e l'oggetto conosciuto (il caso clinico investigato), a quello della verità che rappresenta il termine costitutivo di qualunque relazione conoscitiva, pena il prestare il fianco ad un'attività insensata o snaturata nelle proprie finalità. Infatti, o la conoscenza è vera, vale a dire ha come riferimento ultimo la verità, o altrimenti non sarebbe in alcun modo possibile distinguere una ricerca, una conoscenza, un metodo "contraffatto" dalla sua versione "autentica" e né avrebbe alcun significato, con riguardo all'ambito clinico, parlare di diagnosi o decisioni terapeutiche adeguate.

La verità è dunque il presupposto essenziale della conoscenza e nella misura in cui questa se ne distanzia non è difficile spiegare come la medicina possa diventare facile preda di mete eterodosse che le sono estranee. Un caso esemplificativo è quello del Dr. Robert A. Wilson che pubblicò negli anni Sessanta del Novecento un trattato dal titolo *Femine Forever* rivelatosi successivamente un vero e proprio manifesto di marketing e non un trattato medico obiettivo. Infatti, si scoprì che le case farmaceutiche produttrici di estrogeni avevano pagato il Dr. Wilson, allora medico rinomato, per scrivere questo libro con l'obiettivo di influenzare il pensiero e l'operato dei medici in direzione di un aumento delle prescrizioni di estrogeni per le donne in menopausa⁵⁸.

Siamo ora in grado di comprendere la centralità che dovrebbe avere il tema della verità in particolar modo per la medicina, verità che si declina non solo nei termini di

⁵⁸ J. GROOPMAN, *How Doctors Think*, trad. it., *Come pensano i dottori*, Mondadori, Milano, 2008, p. 254.

una meta da raggiungere, ma anche come norma da cui devono lasciarsi misurare sia l'intelligenza che la condotta. In questo senso, la verità rappresenta la salvaguardia della medicina di ogni tempo e luogo in quanto è la luminosità che deve orientare il pensare e l'agire clinico, diversamente si ridurrebbe la verità stessa a ciò che il medico pensa, vuole o fa. Esiste, in altre parole, anche un significato esistenziale della verità, vale a dire non solo qualcosa che si conosce ma anche e soprattutto qualcosa che illumina la via e dirige l'azione⁵⁹.

Andando oltre l'irrisolto dualismo di matrice kantiana tra pensiero e realtà, la verità realista in sede teoretica è intesa, secondo la nota definizione fornita dall'Aquinate, come adeguazione della cosa e dell'intelletto (*adaequatio rei et intellectus*⁶⁰), collocando il soggetto in un situazione di apertura per farsi incontro alla realtà da conoscere, intendendo per realtà qualsiasi cosa si stia investigando (un fenomeno clinico, un evento naturale, la conoscenza stessa, il contenuto di un romanzo, ecc.). L'adeguamento veritativo si realizza, dunque, quando la mente umana si conforma alla realtà, lasciandosi misurare da essa poiché le cose non esistono in quanto le pensiamo, ma piuttosto le conosciamo in quanto esistono e nel modo con cui esse sono. Infatti scrive l'Aquinate: "è l'essere della cosa, e non la sua verità, che causa la verità nell'intelletto. Quindi il Filosofo dice che un'opinione o un'affermazione è vera perché la cosa è, e non perché la cosa è vera"⁶¹. A titolo esemplificativo, parafrasando un passo della metafisica aristotelica⁶² a cui Tommaso espressamente si richiama nella citazione precedente e con riferimento allo **Scenario 2** in precedenza menzionato, il paziente in esame non era affetto da cirrosi scompensata perché i medici del Pronto Soccorso hanno fermamente pensato che lo fosse, ma piuttosto poiché quel paziente presentava tale specifica affezione, i medici che hanno elaborato la diagnosi di cirrosi scompensata erano nel vero.

In definitiva, la definizione "*veritas est adaequatio rei et intellectus*" raccorda ed enfatizza sia l'aspetto soggettivo che quello oggettivo del nostro conoscere, sulla base della relazione reale e costitutiva che vi è tra queste due istanze.

Diamo ora un breve sguardo ai termini epistemologici tradizionali del dibattito sul reale modo di pensare ed operare del medico al letto del paziente, valutando le declinazioni dell'empirismo e del razionalismo critico con riguardo al concetto classico di verità come adeguamento.

La gnoseologia dell'empirismo accentua il ruolo dell'esperienza rispetto alla ragione, spostando la relazione conoscitiva sul versante dell'oggetto, e ciò sembrerebbe essere in linea con la concezione classica di verità che comporta un avvicinarsi del soggetto verso l'oggetto del proprio conoscere. Tuttavia, nonostante tale analogia, tra i due approcci gnoseologici vi è un'importante differenza dovuta al fatto che nell'empirismo l'adeguazione veritativa è intesa nei termini di una meccanica e passiva raccolta di informazioni. Vale a dire, gli empiristi credono che l'esperienza parli da sé, con ciò non riconoscendo l'importante ruolo interpretativo che il soggetto ha

⁵⁹ V. POSSENTI, Le diverse concezioni della verità: un panorama critico, in *Sensus communis*, 2 (2001), pp. 217-239:217.

⁶⁰ Cfr. S. TOMMASO D'AQUINO, *Sulla Verità*, F. FIORENTINO (a cura di), Bompiani, Milano, 2005, q. 1, a.1.

⁶¹ S. TOMMASO D'AQUINO, *La Somma Teologica*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna, 1996, Vol.1, q.16, a. 1. Sul tema si veda anche J.J. SANGUINETI, *Logica e gnoseologia*, Urbaniana University Press, Roma, 1983, in particolare pp. 265-273.

⁶² Cfr. ARISTOTELE, *Metafisica*, op. cit., IX, 10, 1051b 3-9.

nell'attività conoscitiva. I fenomeni, infatti, comunicano con l'osservatore attraverso segni o modificazione degli stessi, a volte appena percepibili, purché il soggetto conoscente sia pronto a coglierli, a riconoscerli e ad interpretarli⁶³. In altre parole, come ben esemplifica il termine stesso diagnosi, a sua volta indicativo di una delle fasi cruciali del ragionamento clinico, la conoscenza che il medico realizza è dovuta ad un processo essenzialmente mediato. L'etimologia di diagnosi, infatti, significa "conoscere attraverso" (*dià-gnosis*), dove l'avverbio non è da intendersi in senso pleonastico ma nel significato letterale di una conoscenza che si acquisisce attraverso canali specifici e differenti. I segni e i sintomi, l'anamnesi, i rilievi tratti dalle moderne tecniche diagnostiche, fungono, senza alcun dubbio, da tramite essenziale della conoscenza clinica. Ma il vero *medium* è dato proprio dal medico attraverso il quale le singole informazioni sono messe in rete per diventare un sapere a servizio dell'agire clinico.

Le ricadute di un ragionamento clinico attestato esclusivamente sul fronte empirico conseguono al rendere i medici affetti dalla "sindrome di Ulisse", vale a dire che questi, in analogia con l'eroe omerico, peregrinano tra l'eccessivo ricorso alle indagini strumentali e di laboratorio prima di giungere ad una diagnosi, in quanto incapaci di porre fiducia nell'aspetto razionale del conoscere.

Il medico realista invece sa che il ruolo attivo del soggetto nella conoscenza non è di per sé un momento distorto la lettura del fenomeno investigato, così come sarà in grado di servirsi delle ipotesi esplicative ma senza dipenderne qualora si rivelino prive del riscontro fenomenico in oggetto.

La distinzione tra i due approcci epistemologici si specifica ulteriormente se consideriamo che l'empirismo è ancor più empiotico nel ridurre l'adeguazione veritativa alla conformità con i soli aspetti sensibili del reale. In altre parole, ragionare empiricamente vorrebbe dire espungere dall'ambito della conoscenza vera tutto ciò che si sottrae alla misura in senso quantitativo, approccio che, qualora venga inteso come normativo, non è in grado di dar conto sia della dinamica interna del processo conoscitivo (nel caso specifico della nostra indagine, dell'epistemologia del ragionamento clinico) sia della realtà stessa che non si esaurisce nei meri aspetti sensibili. Ci sono infatti molti giudizi - psicologici, esistenziali, metafisici, etici - afferenti alle dimensioni qualitative dell'esperienza che hanno senso, pur mancando di una corrispondenza empirica.

A tal proposito, il capitolo iniziale della principale monografia della Sanders è significativamente intitolato, "*I fatti e ciò che c'è dietro*", espressione con cui si vuole sensibilizzare ad un ragionamento clinico che, nelle sue varie articolazioni, non si attesti esclusivamente su un approccio quantitativo giacché spesso la risoluzione del caso investigato è dischiusa da una chiave di lettura multidimensionale.

Nello specifico, la storia principale su cui è centrato il capitolo mostra come il valore dell'anamnesi sia stato drasticamente ridotto da un approccio obiettivante in virtù del quale il medico, più o meno consapevolmente, ha eluso la considerazione di quelle variabilità che esorbitano dall'attenersi esclusivo ai fatti empirici. In breve, la

⁶³ A.M. FRANZA, Per una semeiotica della professione medica, in G. BERTOLINI (a cura di), *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, Guerini Studio, Milano, 1994, pp. 131-145: 136. Significative, al riguardo, anche le annotazioni di Cagli: "Anche coloro i quali hanno creduto e credono che i "fatti" parlino da sé non possono sfuggire all'obiezione che siamo pur sempre noi a stabilire quali tra tante osservazioni possibili che concernono un malato siano "un fatto". Un colorito normale del volto in genere non è un "fatto". Ma può diventarlo per confutare l'ipotesi di una grave anemia". Cfr. V. CAGLI, *Come si ragiona in medicina*, op. cit., p. 26.

storia ha come protagonista la ventiduenne Maria Rogers, affetta da episodi ciclici di vomito continuo con dolori addominali. La dottoressa Hsia che la prende in cura, sebbene fosse riuscita a capire che cosa affliggeva la sua paziente giungendo alla corretta diagnosi di iperemesi da cannabinoidi ossia vomito ciclico persistente associato all'uso cronico di marijuana, una volta fatta la diagnosi non è stata in grado di rimodellare la storia della malattia in un racconto che poteva essere restituito alla sua paziente affinché questa capisse che cosa le era successo e trovasse un senso nel contesto più ampio della sua vita. Cosicché la paziente ha rifiutato di accettare la diagnosi e la connessa terapia (astenersi dall'assumere marijuana) in conseguenza di un ragionamento clinico riduttivamente attestato per lo più sugli aspetti quantitativi del problema medico in esame e che, per quanto reali, sono risultati incompleti del necessario riferimento al contesto personale della paziente e al suo vissuto di malattia⁶⁴.

Alla luce di quanto detto, adeguare l'intelletto alla realtà, propriamente la persona malata in ambito clinico, vuol dire innanzitutto essere consapevole della sua intrinseca complessità che, nella accezione più ampia, va oltre la mera comorbidità. Infatti, le dimensioni sociali, psicologiche, comportamentali, culturali, ambientali, possono essere tutte delle determinanti importanti nel restituirci una visione adeguata del problema medico del paziente⁶⁵ e tuttavia sono spesso disattese, rimanendo per lo più inesprese, in quanto non eleggibili al rango di fatti da parte di un approccio chiuso nell'*empeiria*.

Speculare all'approccio empirico è quello del razionalismo classico che, da un punto di vista cronologico, precede lo sviluppo della corrente moderna dell'empirismo. Esso è caratterizzato da una incondizionata fiducia nei poteri conoscitivi della ragione sulla base della quale pretende di costruire un sapere incontrovertibile a partire da catene di idee chiare e distinte. Abbiamo già accennato al fatto che una attività conoscitiva che si articoli esclusivamente entro i limiti del proprio pensiero non è in alcun modo sostenibile in medicina in quanto l'adeguazione veritativa presuppone necessariamente il riferimento al proprio oggetto. Come afferma Murri, pretendere di ragionare in clinica senza pur aver veduto l'infermo è una pretesa compassionevole nella sua ignoranza⁶⁶, così come è deontologicamente inaccettabile far morire un paziente per salvare le proprie congetture. In entrambi i casi la ragione si costituisce come misura di se stessa anziché lasciarsi misurare dal proprio oggetto che, in conseguenza, risulta o irretito nelle categorie del pensiero o annullato come necessario polo dialettico della relazione conoscitiva. Così la valenza critica della ragione, baluardo della filosofia sin dal suo sorgere, come tra gli altri nota Popper, è stata presto irrigidita in principi riduttivi divenuti nel tempo dogmatici e la ragione, nonostante il suo impegno nel superare il mito e la *dóxa*, è stata sopraffatta, in

⁶⁴ Cfr. L. SANDERS, *op. cit.*, pp. 24-45. Come scrive L'Autrice "la malattia è spesso molto di più di una serie di sintomi. L'esperienza di esser malati spesso è frammista a sentimenti e concetti che plasmano e colorano l'esperienza del paziente e la sua percezione della malattia in modi che il medico non può immaginare né percepire", p. 32. Ci sembra che questo aspetto non possa essere colto con la dovuta considerazione in particolar modo da chi, in ambito medico, è totalmente plasmato da una mentalità riduzionista di tipo scienziato, tale da renderlo cieco alle dimensioni qualitative che entrano in gioco nell'incontro clinico.

⁶⁵ M.M. SAFFORD, J.J. ALLISON, C.I. KIEFE, Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity, in *Journal of General Internal Medicine*, 22 (2007), pp. 382-90: 382.

⁶⁶ A. MURRI, *Il cammino del vero. Lezioni di clinica medica* (a cura di M. VEGLIA), Carocci, Roma, 2003, p. 146.

maniere più o meno gravi, dal mito di se stessa⁶⁷. Del resto è significativo che Popper non sia riuscito ad onorare la sua proposta di un razionalismo che, pur richiamandosi in parte a quello classico, ad un tempo se ne distanzia per la sua flessione critica, nella misura in cui proprio tale istanza è *in primis* contraddetta all'interno del suo stesso orizzonte epistemologico⁶⁸. Ma prima di argomentare in questa direzione è opportuno evidenziare i tratti rilevanti del razionalismo critico (RC), utili a cogliere il radicale mutamento introdotto nella concezione generale della scienza nel corso del XX secolo e, in analogia, anche nella metodologia clinica.

Secondo Popper la scienza non si sviluppa grazie ad una sistematica ed obiettiva raccolta di informazioni ma attraverso un processo essenzialmente deduttivo che avanza per congetture e confutazioni, ove il primato spetta alle ipotesi azzardate dagli scienziati, mentre le osservazioni hanno il compito di controllarne la verosimiglianza mediante tentativi di falsificazione. Le ipotesi che non resistono alle prove a cui sono sottoposte vengono rifiutate e sostituite da congetture migliori, in un processo in cui la razionalità è sempre aperta alla critica senza mai giungere alla certezza del possesso della verità. Nel razionalismo critico la verità è dunque per lo più un'idea regolativa che alla corrispondenza alla realtà sostituisce l'approssimazione delle ipotesi ad essa, per poi ridimensionarsi in un sapere solo provvisoriamente corroborato e come tale sempre ipotetico. È facile vedere come la concezione popperiana della scienza sia in antitesi con l'imperante epistemologia baconiana, non solo per la forte impronta fallibilista ma anche per la denuncia dei limiti dell'empirismo induttivista con riguardo al suo misconoscimento del ruolo attivo del soggetto nel processo conoscitivo. Senza entrare nel dettaglio di quanto l'opposizione tra le due impostazioni sia in realtà meno netta di quello che potrebbe sembrare in virtù della circolarità tra gli aspetti razionali e quelli empirici del conoscere, su cui si è già avuto modo di parlare, riteniamo sia utile una maggiore considerazione del precetto popperiano della falsificazione come strumento per progredire nella ricerca nonché della sua concezione debole della verità.

In merito al primo punto, occorre ricordare l'asimmetria esistente tra il verificazionismo, con cui Popper è in aperta polemica, e il falsificazionismo. Nel primo caso i fatti hanno la funzione di controllo delle teorie e tuttavia un certo numero di conferme, per quanto grande, non può validarle definitivamente; nel secondo caso, invece, è sufficiente un solo fatto per smentire definitivamente una teoria, restringendo il campo delle alternative in competizione. A questo punto, appare legittimo domandarsi se il falsificazionismo popperiano ritenuto da molti valenti epistemologi il paradigma metodologico tipico di ogni campo di ricerca, sia veramente tale anche per la clinica⁶⁹, o se invece in questo ambito occorre sfumare la radicale asimmetria tra conferme e confutazione e conseguentemente la portata esaustiva del falsificazionismo. Se l'adeguazione veritativa presuppone l'apertura del soggetto conoscente al reale, sarebbe un passo falso non adattare le mediazioni epistemiche all'oggetto che è proprio della ricerca e in questa prospettiva la via per uscire

⁶⁷G. GEMBILLO, *Le polilogiche della complessità. Metamorfosi della Ragione da Aristotele a Morin*, Le Lettere, Firenze, 2008, p. 18.

⁶⁸Come rileva Vittorio Possenti, nel passaggio dal razionalismo classico a quello critico, viene meno la generale fiducia nella ragione nonché sul metodo delle idee chiare e distinte come criterio di verità. Mentre permane la priorità del problema gnoseologico, trasformato principalmente in epistemologia, la validità dell'argomentazione deduttiva e il problema della fondazione della conoscenza, riformulato nei termini di un esame critico che lascia cadere ogni certezza del conoscere. Cfr. V. POSSENTI, *Razionalismo critico e metafisica. Quale realismo?*, Morcelliana, Brescia, 1994, pp. 53-54.

⁶⁹Di questo riduzionismo metodologico è esemplare il testo di D. ANTISERI, *Teoria unificata del metodo*, UTET, Torino, 2001.

dall'impasse di dover accogliere come necessaria una visione del ragionamento clinico nei termini di una attività che procede attraverso confutazioni poggia essenzialmente sulla seguente considerazione fondamentale: gli asserti clinici riguardano le singole persone malate soggette alle caratteristiche della variabilità individuale. Tale status li rende radicalmente differenti dalle asserzioni di carattere generale alle quali Popper fa riferimento nel parlare di asimmetria tra conferme e confutazioni⁷⁰. Detto con un esempio, altro è falsificare l'affermazione generale "tutti i cigni sono bianchi", altro è confutare l'ipotesi che il paziente P abbia la malattia M₁ anziché quella M₂, considerando che le variabili individuali possono incidere non poco sulla presentazione delle malattie. Con questo non si vuole però affermare che il processo di falsificazione non abbia luogo nel ragionamento clinico quanto piuttosto ribadire che esso in clinica non ha la stessa coerenza che possiede in sede teorica.

Da quanto si è detto sinora appare evidente che nel ragionamento clinico il medico può ricorrere alla falsificazione, quando spesso ha ancora davanti a sé un certo numero di ipotesi diagnostiche o terapeutiche che sembrano parimenti compatibili con i dati di cui dispone così come potrà imbattersi in una informazione che gli consentirà di confermare con ragionevole certezza una delle ipotesi credibili, senza con ciò impegnarsi in una ricerca indagativa quanto insensata, *in primis* da un punto di vista gnoseologico, di verità assolute.

Giova a questo punto osservare che il razionalismo di Popper compie un ulteriore passo falso quando erge la ragione critica a giudice di teorie ed ipotesi che, tuttavia, tenderà più verso esiti scettici che a costruire. Infatti, del concetto di verità come corrispondenza ai fatti (e con ciò questa è sottilmente declinata sul fronte empirista) non vi sono criteri definitivi di accertamento e dunque nessuna conoscenza è assolutamente certa ma solo provvisoriamente verosimile⁷¹.

Non è il caso di dilungarsi sul valore realistico della conoscenza scientifica anche se tale aspetto non è affatto scontato, se ancor oggi si continua impropriamente a sostenere che il pensiero scientifico abbia oramai rinunciato da tempo ad ogni pretesa di oggettività. Infatti, come rileva Pangallo, altro è dire che la conoscenza scientifica è sempre perfettibile e in alcuni casi approssimativa, altro è sostenere che le leggi scoperte dalla razionalità scientifica non siano effettivamente leggi dell'essere reale. Ad esempio, non si potrebbe costruire un microscopio se le leggi dell'ottica che ne sono alla base non avessero alcun valore realistico. Così come non si può certo sostenere che ciò che esso ci mostra non ha nulla di vero: batteri e bacilli esistono realmente ed è grazie alla loro scoperta che si sono potute capire meglio le cause di alcune malattie⁷².

In altre parole, uno dei presupposti metafisici della gnoseologia realista è quello di affermare esplicitamente che la verità e la realtà a cui questa afferisce esistono e possono essere conosciuti dalla mente umana in quanto appartiene alla natura dell'intelligenza conformarsi alle cose (*quod est ipse, in cuius, natura est ut rebus conformetur*⁷³), anche se in virtù della nostra condizione antropologica finita e della

⁷⁰ C. SCANDELLARI, Falsificazione o verifica delle ipotesi diagnostiche in clinica: due concezioni a confronto, in G. FEDERSPIL, P. GIARETTA (a cura di), *Forme della razionalità medica*, Rubbettino, Catanzaro, 2004, p. 34.

⁷¹ V. POSSENTI, *Razionalismo critico e metafisica*, op. cit., p. 20.

⁷² M. PANGALLO, La verità come "Adequatio rei et intellectus" in Tommaso D'Aquino, in *Sensus Communis*, 4 (2000), pp. 501-510: 503-504.

⁷³ Cfr. S. TOMMASO D'AQUINO, *Sulla Verità*, q. I, a. 9. Questo presupposto metafisico, per quanto in apparenza scontato, non lo è affatto poiché chiunque lo negasse non potrebbe affermare nella propria

nostra situazione epistemica, necessariamente riduttiva, vi è una alterità costitutiva tra mente e realtà, sicché non si può asserire che l'adeguazione veritativa implichi una conquista esaustiva dell'intelligibilità del reale, nei suoi molteplici aspetti. Come scrisse l'endocrinologo S.C. Johsenin, in aperta polemica nei confronti di una medicina sempre più appiattita esclusivamente sul versante della verità statistica:

“Il paziente singolo è sempre una sorpresa [...]. Se fossimo realmente in grado di dare un descrizione esaustiva di un paziente dal punto di vista quantitativo, qualitativo, fisico e chimico, non ci sarebbero più sorprese. Conosceremmo esattamente la natura e l'estensione di un processo patologico attivo, sapremmo esattamente che cosa accadrebbe al paziente non solo fra un'ora o domani, ma anche la settimana prossima o il prossimo anno. Sarebbe possibile formulare una prognosi precisa per il singolo paziente [...], e l'effetto della terapia non sorprenderebbe mai. Siamo lontanissimi da questo obiettivo, ma è ad esso che dobbiamo puntare”⁷⁴.

Tale asserzione, chiaramente provocatoria, rivela un profondo orientamento socratico nel sottolineare *en passant* l'importanza dello stupore quale categoria fondante per un incontro adeguato e fecondo con le cose, e come tale non deve perciò essere letta come una professione di scetticismo: la nostra conoscenza, anche se parziale e perfettibile, non per questo è meno vera o vera a metà e pertanto cadrebbe in contraddizione chi, oltre a filtrare il reale solo attraverso la mediazione delle scienze empiriche, continuasse per di più a sostenere che anche attraverso tale mediazione non è possibile raggiungere alcuna ragionevole certezza.

A partire da queste riflessioni sul concetto di verità come adeguazione è possibile trarre alcune considerazioni finali che potremmo definire di prudenza e coerenza metodologica, indispensabili in ogni ambito conoscitivo e quindi anche in medicina. Contro ogni sapere ideologico che pretenda di esaurire tutta la realtà entro i confini della propria prospettiva epistemica, con ciò soggiogandola ad un modo erroneo di pensare, il realismo ribadisce una necessaria e continua apertura dell'intelligenza umana all'essere, e anche se il traguardo della verità piena non si raggiunge in questa vita, come ben compendia l'espressione classica *ars longa vita brevis*, è sempre possibile e auspicabile un conoscere ulteriore e più perfetto, come del resto la storia della medicina ben testimonia. Non bisogna tuttavia dimenticare che l'apertura alla realtà deve essere universale, detto in altre parole, ciascuna finestra epistemica, proprio in virtù della sua parzialità, deve aprirsi necessariamente ad altre prospettive conoscitive che siano in grado di fornire, attraverso l'integrazione, una lettura se non esaustiva dei fenomeni, ma per lo meno più fedele alla loro realtà.

Ci sono, evidentemente, diverse connotazioni più o meno estensive con cui queste riflessioni possono articolarsi nel ragionamento clinico. Basti considerare che il mondo

ricerca nulla come vero, a cominciare del resto dalla stessa asserzione che la verità non è accessibile all'uomo. Pertanto lo scettico, proprio in siffatte argomentazioni, scopre una verità univoca ed assoluta, la non contraddittorietà dell'essere e di conseguenza del pensare, dalla quale non si può in alcun modo prescindere. In altri termini, la fallibilità umana non è universale, così come occorre riconoscere che in alcune forme di razionalità gli uomini, se usano bene la loro ragione e hanno una sufficiente esperienza e conoscenza delle leggi generali, possono attingere a tante verità in modo sicuro. Cfr. J.J. SANGUINETI, *Introduzione alla gnoseologia*, op. cit., p. 261. Cfr., su questo punto, il paragrafo 2.4 di questo capitolo.

⁷⁴ S.G. JONSEN, *Laegeviddenskaben nuvaerende forfald og mulige genrejsning*, in *Ugeskrift for Laeger*, 143 (1981), pp. 1665-1666, citato in H.R. WULFF, S.A. PEDERSEN, R. ROSEMBERG, *Philosophy of Medicine*, trad. it. a cura di A. PARODI, *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995, p. 55.

della patologia, in tutta la sua variabilità, difficilmente si presta ad essere racchiuso in una tipologia esaustiva. I medici nel corso degli anni si ritagliano un ambito all'interno del quale le proprie conoscenze ed esperienze gli permettono di muoversi con disinvoltura. E tuttavia sia fuori che dentro i confini di questo ambito occorre essere guardinghi: credere con eccessiva sicurezza che il proprio sapere esaurisca tutti i caratteri dei fenomeni a cui è rivolto più giocare brutti tiri così come considerare assolutamente incerto ciò che si sa può essere paralizzante per l'azione. Come suggerisce Cagli, una possibile ancora di salvezza è data dalla diligenza che implica, nel suo significato autentico di "operare con cura ed amore", innanzitutto un corretto metodo, vale a dire un'adeguata gnoseologia che contempra tra i suoi presupposti fondamentali anche la necessaria umiltà di aprirsi alla cooperazione, chiedendo consiglio⁷⁵.

Quanto detto fornisce anche un'utile chiave di lettura della parabola della ricerca sul ragionamento clinico. Infatti, sia la recente svolta dialogica che le continue chiamate per ulteriori studi normativi e descrittivi in questo ambito prendono corpo dalla crescente consapevolezza che il ragionamento clinico è un fenomeno complesso e multidimensionale. Pertanto se l'impegno è quello di conoscere tale costrutto clinico per quello che è, pur nella consapevolezza di non poterlo definitivamente concludere, sono necessari studi che mettano in campo prospettive emergenti da una vasta gamma di discipline non esclusivamente legate all'ambito psicologico⁷⁶, e contemporaneamente il saper discernere ad ogni livello il grado di conformità raggiunto rispetto all'oggetto di studio. Al di là delle inevitabili riduzioni metodologiche, anche la ricerca sul ragionamento clinico, al momento di essere articolata, ricade implicitamente nel concetto di verità come rapporto adeguato del soggetto con il reale e coloro che ne sono maggiormente consapevoli non si stancano di esaminare i problemi con maggior rigore e profondità né di verificare ed eventualmente rettificare precedenti descrizioni o ipotesi teoriche.

2.2 Il ragionamento clinico e l'EBM

A questo punto della trattazione sembra opportuno un breve confronto con l'approccio metodologico della *Evidence Based Medicine* (EBM) al cui successo si è accompagnato sin dall'inizio un vivace dibattito. Infatti, da quando nel 1996 il principale promotore, David Sackett, ha proposto questa nuova metodologia all'attenzione della medicina, sono state sollevate diverse perplessità e critiche, più o meno severe, a diversi livelli, teorici, epistemologici, applicativi, così come non sono mancati gli entusiasti che hanno accolto l'EBM come uno strumento utile a migliorare diversi aspetti della pratica clinica⁷⁷. Costruire una storia ragionata dell'EBM e delle

⁷⁵ V. CAGLI, *Come si ragiona in medicina*, op. cit., p. 114-115.

⁷⁶ S. LOFTUS, *Language in clinical reasoning*, op. cit., p. 24-25.

⁷⁷ Per un'ampia panoramica della ricezione della EBM segnaliamo i seguenti contributi: A. LIBERATI, *La medicina delle prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1997; G. FEDERSPIL, C. SCANDELLARI, *La medicina basata sulle evidenze. Un'analisi epistemologica*, in *MEDIC*, 7 (1999), 32-36; D. ANTISERI, M. TIMIO, *La medicina basata sulle evidenze. Analisi epistemologica*, Edizioni Memoria, Cosenza, 2000; A. CONTI, C. GALANTI, G.F. GENSINI, *La medicina basata sulle evidenze è davvero una moda? Sicuramente è di moda criticarla. Un commento metodologico del Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove*, in *Italian Heart Journal Supplement*, 1 (2000), pp. 361-71; G. FEDERSPIL, R. VETTORI, *La "evidence-based medicine": una riflessione critica sul concetto di evidenza in medicina*, in *Italian Heart Journal*

principali discussioni da questa sollevate esula dagli obiettivi di questo studio e tuttavia trarremo spunto dalle argomentazioni di chi, nel tracciarne un bilancio critico, lo ha fatto ribadendo al contempo la necessità del ragionamento clinico ancor più nell'era della medicina basata sulle prove di efficacia⁷⁸. Tale decisa asserzione suggerisce almeno due principali considerazioni, tra loro strettamente connesse: una di carattere concettuale e l'altra di natura epistemologica.

Sul piano concettuale, la lezione da trarre è che la EBM rappresenta un interlocutore necessario per la stessa riflessione teoretica sul ragionamento clinico, come invito ad un maggiore rigore scientifico.

Sul piano epistemologico, se è possibile parlare di un ragionamento clinico secondo l'EBM occorre chiarire in quale senso e misura esso lo sia, senza con ciò affermare che tale abito cognitivo esaurisca la sfera del ragionamento clinico.

Ciò che emerge da queste generali annotazioni è, inoltre, un quesito ben più complesso ed ha a che fare con il ruolo che l'EBM, come approccio su base epidemiologica, si propone di avere nella pratica clinica pur rimanendo costitutivamente compromessa con i suoi assunti di fondo che ora andremo sinteticamente ad illustrare. Infatti, come sottolinea Antiseri, “è necessario conoscere i presupposti epistemologici e morali della evidence based medicine, per evitare che i fatti e le conoscenze che esso veicola perdano strada facendo le loro correlazioni con le teorie di cui sono impregnati”⁷⁹.

Iniziamo col richiamare all'attenzione i problemi concettuali legati alla traduzione italiana dell'espressione inglese *Evidence Based Medicine* in quanto le differenze lessicali con riguardo al termine *evidence* dischiudono delle importanti implicazioni epistemologiche. In inglese il termine *evidence* significa prova ed è dunque utilizzato per indicare quelle informazioni necessarie o, per lo meno, sufficienti per giungere ad una conoscenza altamente probabile, quale potrebbe essere l'innocenza di un imputato o, in ambito medico, l'efficacia di un trattamento. In italiano, invece, il termine evidenza, esprime un significato totalmente differente: l'aggettivo evidente (dal latino *e-videntum*), infatti, si riferisce a qualcosa che si vede o si conosce immediatamente e manifestamente e come tale non abbisogna di prove che ne dimostrano l'assoluta certezza. Ne consegue che tradurre in lingua italiana *Evidence Based Medicine* con l'espressione Medicina Basata sulla Evidenza comporterebbe assegnare a tale metodologia una patente epistemologica che non le compete poiché le prove scientifiche di efficacia oltre ad essere tutt'altro che evidenti, si esprimono nell'ottica della probabilità e, pertanto, necessitano di essere valutate criticamente prima di una loro eventuale applicazione al letto del paziente.

Fermo restando che la traduzione più adeguata è “medicina basata sulle prove di efficacia”, questa consiste, secondo la definizione più matura proposta da Sackett e colleghi, “nell'integrazione delle migliori prove scientifiche, desunte dalla ricerca, con la competenza clinica e i valori espressi dai pazienti”⁸⁰. Al fine di evitare molti equivoci

Supplement, 2 (2001), pp. 614-23; J.H. HOWICK, *The Philosophy of Evidence based Medicine*, Wiley & Sons, Oxford, 2011.

⁷⁸Cfr. A.D. SNIDERMAN, K.J. LaCHAPELLE, N.A. RACHON, C.D. FURBERG, The necessity for clinical reasoning in the era of evidence-based medicine, *op. cit.*

⁷⁹ D. ANTISERI, Le “Evidenze” della EBM: fatti o artefatti?, *Keyron*, 4 (2000), pp. 14-31:14.

⁸⁰ D.L. SACKETT, S.E. STRAUSS, W.S. RICHARDSON, W. ROSEMBERG and R.B. HAYNES, *Evidence-Based Medicine. How to Practice & Teach EBM*, trad. it. a cura di A. PANELLA, *La Medicina basata sulle evidenze scientifiche. Come praticare e insegnare l'EBM*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000, p. XVII.

generati da letture improprie dell'EBM, è opportuno specificare la definizione di cui sopra:

- *Integrare le migliori prove scientifiche desunte dalla ricerca* – Definito che il termine prova non è indicativo di una conoscenza assoluta, tali testimonianze scientifiche sono le migliori in quanto ottenute da ricerche cliniche sia di base che centrate sul paziente, elaborate con severi criteri metodologici e pubblicate su riviste internazionali in cui i risultati degli studi sono sottoposti al giudizio severo dei revisori. Tali ricerche riguardano tutti i principali aspetti dell'attività clinica, diagnostici, prognostici, terapeutici, riabilitativi e preventivi, in un processo di auto-correzione nel quale i risultati di nuovi studi invalidano quelli precedenti, se si dimostrano più accurati e certi.
- *La competenza clinica* – Questa è indicativa della capacità del medico di utilizzare al meglio il proprio bagaglio di abilità cliniche e di esperienza acquisite durante il proprio percorso professionale per inquadrare lo stato di salute e la corretta diagnosi di ogni paziente, i rischi e benefici a cui sono esposti in virtù di possibili trattamenti nonché il loro patrimonio di valori ed aspettative. Occorre chiarire, come evidenzia l'utilizzo del termine integrazione, che tale bagaglio non va buttato nel cestino ma semplicemente esso non basta. Infatti, l'aver agito sempre in determinato modo non dà garanzia che tale comportamento sia il migliore possibile, o che a un dato momento esso non divenga superato e sia quindi necessario sostituirlo con uno più appropriato⁸¹.
- *I valori espressi dai pazienti* – Si fa riferimento alle attese, alle preoccupazioni e alle preferenze espresse da ogni paziente di cui occorre dar conto. In altre parole, affinché il processo decisionale possa essere efficace è necessario curare con il paziente.

Alla luce di quanto detto emergono chiaramente quali siano le ragioni fondamentali che animano l'EBM e i suoi elementi di novità. Questa, infatti, suggerisce, come sana pratica clinica, l'adozione di tecniche diagnostiche e terapeutiche la cui efficacia sia stata comprovata con sufficiente attendibilità da ricerche cliniche di buona qualità (*trials* clinici randomizzati), con ciò riducendo i margini di incertezza dell'agire clinico nonché l'adozione di comportamenti viziati da eccessiva soggettività ed abitudine e dunque potenzialmente dannosi in quanto dedotti da una teoria e da una esperienza di base che spesso si rivelano non solo incomplete ma soprattutto obsolete. A titolo esemplificativo, fino agli anni cinquanta del secolo scorso i medici, sulla base delle loro conoscenze teoriche, deducevano che i pazienti con insufficienza respiratoria cronica dovevano essere trattati con la massima quantità possibile di ossigeno. Tuttavia, tale conoscenza si rivelò ben presto incompleta oltre che inappropriata poiché in seguito si scoprì, attraverso studi empirici, che una somministrazione eccessiva di ossigeno può causare un accumulo di biossido di carbonio nel sangue, con esito letale per i pazienti⁸². In questa ottica l'EBM rappresenta un utile strumento sia da un punto di vista teorico che pratico in quanto sopperisce al bisogno del medico di informazioni sempre aggiornate, fornendo al contempo dei punti di riferimento scientifici che, integrati con l'esperienza personale del singolo clinico e con un'attenta valutazione

⁸¹V. CAGLI, *La crisi della diagnosi*, op. cit., p. 75.

⁸²H.R. WULFF, S.A. PEDERSEN, R. ROSEMBERG, op. cit., p. 59.

delle preferenze del paziente, allontanano lo spettro di una pratica clinica priva di un vero fondamento razionale. In sostanza, il medico che pratica l'EBM integra nel proprio sapere di fondo (conoscenze di base ed esperienza) le informazioni provenienti dalle ricerche scientifiche e dal patrimonio valoriale del paziente e su queste basi multidimensionali prende le decisioni più adeguate per la risoluzione dei singoli problemi clinici. Naturalmente, questo non vuol dire affermare che l'EBM intenda ridurre la medicina clinica ad un ricettario di cucina da seguire pedissequamente per raggiungere lo scopo supremo dell'attività clinica: gli stessi autori, infatti, oltre a ribadire in vario modo che i buoni medici sono coloro che ricorrono sia alla competenza clinica individuale che alle migliori prove scientifiche disponibili, dichiarano altresì che l'uso di tali evidenze deve essere coscienzioso, esplicito e giudizioso⁸³. In altre parole, le evidenze disponibili possono informare ma mai sostituire la capacità del medico di ragionare virtuosamente⁸⁴: infatti è suo compito quello di valutare se le prove a disposizione possono essere applicate al singolo paziente anche in rapporto alle sue preferenze e se dunque esse dovrebbero essere integrate nelle decisioni cliniche⁸⁵.

Come si vede da questo breve compendio degli assunti fondamentali dell'EBM, più che parlare nei termini di un nuovo paradigma della medicina, sarebbe più corretto affermare che tale impostazione metodologica è un ulteriore strumento epistemico che va ad inserirsi nel processo più generale del ragionamento clinico attraverso un salutare richiamo ad un maggior rigore metodologico, fornendo quei dati statistici aggiornati e sufficientemente attendibili di cui i medici hanno bisogno per una maggiore oggettività delle loro previsioni al letto del paziente. Insomma, scrive Vito Cagli,

“a noi pare che il medico non dovrebbe considerare l'EBM come una vettura tranviaria obbligata a seguire un determinato binario per portarci a destinazione, ma come un'automobile con cui sia possibile, in certi casi, scegliere una strada più conveniente rispetto a quella indicata dalla mappa “ufficiale”⁸⁶.

Alla luce di quanto detto, la tesi di chi sostiene che il ragionamento clinico sia ancor più necessario nell'era dell'EBM appare in *primis* come l'esito di una lettura fuorviante di questo approccio epistemologico che, attraverso i suoi principali cultori, non ha mai preteso di esaurire ma di integrare l'attività cognitiva e decisionale del medico. In aggiunta, appare eccessivamente pretenzioso ribadire tale necessità cavalcando i limiti interni alla razionalità dell'EBM, quasi prevalga la tendenza a sottolinearne un epigono in realtà poco glorioso sulla volontà di renderla più adeguata

⁸³ D.L. SACKETT, W. ROSEMBERG, J.A.GRAY, R.B. HAYNES, W.S. RICHARDSON, Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't, in *BMJ*, 312 (1996), pp. 71-72:72.

⁸⁴Cfr. E. ZARKOVICH, R.E.G. UPSHUR, The virtue of evidence, in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 23 (2002), pp. 403-412. Gli autori evidenziano che nella definizione di EBM proposta da Sackett e colleghi, sono centrali due termini specifici: giudizioso e coscienzioso. Questi due aggettivi, al di là del contesto scientifico in cui le prove sono state prodotte, riflettono il fatto che tali prove devono essere applicate in un contesto umano. In altre parole, gli autori con riguardo all'EBM, colgono una implicita connessione della medicina con la teoria delle virtù, in *primis* epistemologiche, con la loro motivazione alla conoscenza e dunque a comprendere e valutare criticamente le migliori evidenze disponibili che possono essere applicate al caso clinico.

⁸⁵ D.L. SACKETT, W. ROSEMBERG, J.A.GRAY, R.B. HAYNES, W.S. RICHARDSON, Evidence Based Medicine, *op. cit.*, p. 72.

⁸⁶ V. CAGLI, *La crisi della diagnosi*, *op. cit.*, p. 77.

al proprio oggetto. Nello specifico, le principali limitazioni evidenziate in seno all'EBM oltre ad essere connesse con la trasferibilità dei risultati dei *trials* nei singoli scenari clinici, riguardano per lo più la natura delle prove da essa fornite, così spesso incomplete e contrastanti o addirittura assenti per molti aspetti della pratica clinica⁸⁷. Quest'ultima questione, ossia l'assenza di evidenza, richiede di essere brevemente approfondita per gli ambigui risvolti epistemologici che comporta. Come rilevato da un report dell'*American Medical Association*⁸⁸, l'assenza di evidenza non deve essere intesa come evidenza dell'assenza di una stretta connessione di causa ed effetto, e le affermazioni del tipo "non c'è alcuna evidenza per suggerire che l'ospedalizzazione di pazienti con acute crisi respiratorie ha come effetto quello di ridurre la mortalità rispetto allo loro non ospedalizzazione", anche se grammaticalmente corrette, si rivelano assurde qualora siano assunte acriticamente a fondamento del processo decisionale clinico. In altri termini, l'assenza di evidenza in un determinato tempo in merito ad un trattamento non vuol dire escludere a priori che successivamente possano essere fornite delle testimonianze che ne dimostrino l'efficacia, in quanto tale assenza potrebbe, ad esempio, essere connessa a prove scientifiche insufficienti o non ancora conclusive.

Per di più, quando manca l'evidenza non vuol dire condannare il ragionamento clinico alla paralisi decisionale, quasi che il medico debba agire esclusivamente in presenza di prove scientifiche. Piuttosto, tale assenza è compatibile con altri scenari in cui l'informazione può essere acquisita dall'esperienza personale o per intuizione, mettendo in rete le conoscenze a disposizione, vale a dire facendo appello a quel bagaglio di competenze cliniche che l'EBM non si illude di sottovalutare⁸⁹.

L'EBM sconta certamente delle debolezze epistemologiche reali che la allontanano dall'idea (in verità, a chi ben intende le parole, mai sostenuta dai suoi promotori) di poter risolvere ed esaurire tutti i problemi di metodo legati all'attività clinica; nondimeno, si incorrerebbe in una simile ingenuità se si credesse che il medico possa colmare in toto il divario tra la ricerca scientifica e la pratica clinica mediante uno strumento superiore, ovvero sia il ragionamento clinico⁹⁰. Infatti, anche il nostro ragionamento è imperfetto e ciò vuol dire non solo che l'errore è sempre possibile ma che può realizzarsi più facilmente se l'attività del pensare clinico si allontana dal fine comune della verità, secondo la gnoseologia realista precedentemente articolata. Vale a dire, sebbene l'importanza della ricerca clinica sia indiscutibile, occorre sempre tenere a mente che la prescrizione di un trattamento è cosa ben diversa dai risultati di un *trials* e che il ragionamento del medico sulla situazione di uno specifico individuo malato rappresenta sempre una guida importante, dalla diagnosi alla terapia, purché questo non sia sottomesso a finalità ad esso estranee. La razionalità dell'EBM, a sua volta, non si sottrae a questa ammonizione: infatti, modulare "la pianificazione e il finanziamento della ricerca, la pubblicizzazione e diffusione dei risultati, che a loro volta supportano la stesura dei vari algoritmi, linee guida, raccomandazioni, protocolli diagnostici e terapeutici, percorsi assistenziali"⁹¹, piegandola agli interessi della grande industria, oltre a rappresentare un danno economico per la sanità pubblica, significa

⁸⁷A.D. SNIDERMAN et al., *op. cit.*, pp. 1109-1111.

⁸⁸R. S. BRAITHWAITE, EBM's Six Dangerous Words, in *JAMA*, 27 (2013), pp. 2149-2150.

⁸⁹*Ivi*, p. 2149.

⁹⁰A.D. SNIDERMAN et al., *op. cit.*, p. 1111.

⁹¹M. TIMIO, D. ANTISERI, La medicina basata sulle evidenze: realtà ed illusioni. Estensione delle riflessioni epistemologiche, in *Italian Heart Journal Supplement*, 1 (2000), pp. 411-414: 414.

rinunciare *a priori* ai possibili benefici che possono derivare dalla ricerca *evidence based*.

Come suggerito da un recente studio che affronta nello specifico tale problematica, sarebbe necessario un maggiore investimento nelle ricerche indipendenti, affiancato da una campagna di sensibilizzazione, affinché vengano formalizzate ed applicate misure che garantiscano la registrazione di tutti gli studi clinici, compresi quelli che forniscono riscontri non in linea con le sponsorizzazioni mirate⁹².

Queste considerazioni critiche, sebbene rappresentino un freno alla reale applicabilità della EBM nell'attività clinica, limitandone la portata innovatrice, nondimeno non ne compromettono il valore epistemologico. Piuttosto, il momento decostruttivo è uno strumento prezioso in vista del miglioramento di tale approccio metodologico, a partire da una chiara e decisa consapevolezza e correzione delle sue debolezze strutturali.

2.3 Integrazioni all'approccio EBM: per una metodologia multidimensionale

Nelle ricerche in ambito sanitario è stato evidenziato, nella maggior parte dei casi, la mancanza di un dichiarato o esplicito riferimento alla cornice epistemica entro cui queste si inscrivono, sebbene il modo con cui sono condotte, attraverso procedure per lo più basate su osservazioni sistematiche in contesti sperimentali o naturali per stabilire la validità o falsità di un'ipotesi, suggerisca un nesso implicito con l'empirismo⁹³. L'EBM, come approccio metodologico basato sui risultati della ricerca scientifica, rappresenta da questo punto di vista un'eccezione. Infatti, i suoi promotori ne identificano esplicitamente l'origine nella medicina francese della prima metà del XIX secolo, dove spiccano figure di medici quali Pierre Louis che rifiutarono di basare l'esercizio della medicina sull'autorità, cercando dati più sicuri nell'osservazione ampia e sistematica dei pazienti⁹⁴. La *Medicine d'Observation* di cui era a capo Louis si iscrive, dunque, in uno specifico *milieu* filosofico, quello dell'empirismo di conio baconiano, e conseguentemente ciò dovrebbe essere valevole anche per EBM in virtù della sua dichiarata filiazione con questo movimento culturale. L'uso del condizionale è per ribadire i punti di criticità dell'impostazione empirista assunti implicitamente anche dall'EBM nel momento in cui definisce la propria identità in relazione a tale ambito filosofico. Proviamo a vedere se questa auto rappresentazione sia fedele alle aspettative o se invece occorre aggiustarne il tiro alla luce di una più articolata riflessione epistemologica che necessariamente dovrà distinguere tra la fase di elaborazione delle prove e quella del loro impiego nella pratica clinica.

L'EBM, avendo come standard di riferimento i risultati degli studi clinici controllati per valutare l'efficacia di un trattamento, si inquadra indubbiamente in un orizzonte induttivista in quanto tali informazioni scientifiche sono raccolte mediante metodi statistici e dunque attraverso osservazioni sperimentali. Tuttavia sarebbe improprio

⁹² S.E. PALMER, J. HOWICK, How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20 (2014), pp. 908-914: 912.

⁹³ D. CAMERON, I.G. JONES, Theory in community medicine, in *Community Medicine*, 47 (1982), pp. 3-11: 4.

⁹⁴D.L. SACKETT et al., *La Medicina basata sulle evidenze scientifiche*, p. 2.

asserire che le suddette prove di efficacia siano frutto di una registrazione imparziale e del tutto oggettiva della realtà.

Si è già fatta una breve tara dell'impostazione teoretica dell'empirismo di stile baconiano e del suo mito della *tabula rasa* che ha influenzato per lungo tempo la concezione generale della scienza, orientando anche la riflessione epistemologica in medicina. In questo contesto, fu il fisiologo francese Claude Bernard a precorrere i 3 tempi dell'impostazione popperiana proprio in ambito sperimentale, demolendo l'approccio induttivista a favore del procedimento ipotetico - deduttivo. Nella sua celebre opera "*Introduzione allo Studio della Medicina Sperimentale*" egli, infatti, affermò esplicitamente che "*L'empirismo può servire ad accumulare fatti, ma giammai a costruire la scienza. Lo sperimentatore che non sa cosa ricerca non potrà comprendere ciò che prova*"⁹⁵.

A ben vedere potrebbe sembrare azzardato accostare l'EBM a queste categorie epistemologiche giacché la sua impostazione empirista è tutt'altro che baconiana. Più specificamente, come nota Carlo Rugarli,

*"l'evidenza non è calata dal cielo, ma è una risposta a domande che sono un a priori rispetto alle osservazioni. Ne consegue che, di fronte alla sterminata varietà dell'osservabile, la evidenza è raccolta solo relativamente a ciò che qualcuno ha deciso di osservare e sperimentare. Perciò possono esserci settori per i quali manca qualsiasi evidenza solo perché a nessuno è passato per la testa di porsi le domande rilevanti"*⁹⁶.

In altre parole, l'EBM né si sottrae alla teoricità e selettività dell'osservazione messe in luce in modo sistematico dall'impostazione popperiana né può vantare di acquisire una conoscenza assolutamente esaustiva ed oggettiva. I *trials*, infatti, oltre a rispondere a quesiti determinati sono altresì condotti su campioni reclutati secondo rigidi criteri miranti ad escludere quei pazienti che presentano alcune caratteristiche specifiche (età, comorbidità, inaffidabilità, ecc.), anche se sono proprio questi i malati che si incontrano nella pratica clinica quotidiana, di cui si vorrebbe metabolizzare la complessità. Pertanto, i risultati degli studi oltre ad essere probabili sono per lo più generici ed indicativi di un paziente medio: del resto lo stesso Sackett nel fornire indicazioni ad un ipotetico medico immaginario che abbia rilevato una prova di efficacia pertinente al suo caso specifico, invita sempre a ragionare per analogia, valutando attentamente le differenze del proprio paziente con quelli considerati nello studio di riferimento⁹⁷. D'altronde in ciò risiede il reale significato dell'arte clinica che consiste non tanto nell'includere un caso specifico nella generalità di una malattia o di un trattamento, ma nel riconoscere le differenze⁹⁸.

L'EBM sembra dunque mostrare, in linea di principio, una maggiore attenzione all'aspetto teorico del conoscere senza con ciò avallare le esasperazioni dell'empirismo riducendo le prove di efficacia a meri artefatti mentali privi di qualsiasi riferimento alla realtà.

⁹⁵C. BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, trad. it. a cura di F. GHIRETTI, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Feltrinelli, Milano, 1973, p. 26.

⁹⁶C. RUGARLI, *Medicina clinica in assenza di evidenza*, in G. FEDERSPIL, P. GIARETTA (a cura di), *Forme della razionalità medica*, op. cit., p. 41.

⁹⁷D.L. SACKETT et al., *La Medicina basata sulle evidenze scientifiche*, op. cit., p. 104-105.

⁹⁸H.G. GADAMER, op. cit., p. 26.

Se dal piano della costruzione degli studi controllati passiamo a quello della loro applicabilità in sede clinica, ad esempio nella fase della diagnosi differenziale, come argomentano Antiseri e Timio,

“L’EBM, data la sua impostazione concettuale di indicare al medico il meglio delle più appropriate tecniche diagnostiche e dei test maggiormente rilevanti alla soluzione dei singoli problemi, può essere di aiuto nella ricerca della migliore decisione clinica. Certo, il fatto che l’EBM non faccia ricorso alla immaginazione e all’intuito se non attraverso la trasformazione in una sistematica ricerca di conoscenze, pone su piani diversi l’utilità delle evidenze disponibili e delle esperienze tradizionali. Per sostituirsi totalmente a queste, l’EBM deve cercare spunti scientifici che diano l’evidenza di una superiorità procedurale rispetto all’intuito”⁹⁹.

Ciò che gli autori intendono affermare è che l’EBM si presta ad essere un utile strumento di controllo di un ipotesi diagnostica o terapeutica in virtù dei riscontri pratici forniti dalla letteratura scientifica e questo spiega come siffatto approccio metodologico di matrice empirista sia stato recensito positivamente anche in ambienti più legati alla tradizione del razionalismo critico¹⁰⁰. Certamente, permangono le diffidenze nei confronti di un orientamento epistemologico che tende a preferire l’evidenza scientifica sulle conoscenze acquisite per intuizione, costruito teoretico a cui i sostenitori del RC danno molto credito. Come si avrà modo di approfondire più da vicino nel prosieguo di questo studio, il rapporto dell’intuizione con l’EBM non dovrebbe essere posto sul piano procedurale né si può pensare di dirimere i termini della questione attraverso la ricerca di eventuali evidenze empiriche che falsifichino la presunta superiorità dell’approccio *evidence based* sull’intuito. Come suggerisce il titolo di un noto testo di Jacques Maritain, *“Distinguere per unire”*, a questo livello si comprende quanto più si unisce, vale a dire quanto più saremo in grado di cogliere le interdipendenze tra i due stili cognitivi, una volta che ne siano state individuate le potenzialità ed i limiti specifici.

Occorre, tuttavia, tenere ben a mente, come già accennato, che l’approccio *evidence based* è attinente all’ambito clinico e non propriamente epistemologico e dunque non si tratta di controllare la pertinenza di una legge generale del tipo tutti i cigni sono bianchi, ma una assunzione di carattere particolare riguardante un paziente specifico, ricorrendo a sua volta a leggi statistiche che hanno la proprietà di asserire solo che *“in una serie di prove sufficientemente grande, il verificarsi di un certo evento è accompagnato dal verificarsi di un altro evento con una frequenza relativa invariabile”*¹⁰¹. Queste considerazioni non sono estranee ai cultori dell’EBM e solo una lettura poco attenta delle sue proposte di fondo ed esclusivamente concentrata in

⁹⁹ D. ANTISERI, M. TIMIO, *La medicina basata sulle evidenze*, p. 92.

¹⁰⁰ *Ivi*, p. 83. Significativa a questo proposito è la testimonianza di Aldo Torsoli, tra i primi ad accogliere l’EBM in Italia. Nonostante la sua formazione fosse alimentata dal razionalismo critico, non mancò di affermare già nel 1995 che “Il primo obiettivo di un procedimento clinico moderno dovrebbe essere una pratica medica *basata sull’evidenza*, vale a dire dipendente non tanto dall’autorità dei testi, da opinioni derivanti da esperienze aneddotiche e dall’osservazione di piccoli gruppi di malati, quanto piuttosto dai risultati della ricerca scientifica e dalla loro valutazione critica”. Cfr. A TORSOLI, *Contenuti e Prospettive della Metodologia Clinica*, in *MEDIC*, 3 (1995), pp. 205-211: 209.

¹⁰¹E. NAGEL, *The Structure of Science. Problems in the Logic of Scientific Explanation*, trad. it a cura di C. SBORGHI, A. MONTI, *La struttura della scienza. Problemi di logica della spiegazione scientifica*, Feltrinelli, Milano, 1968, p. 83.

modo riduttivo sulle prove di efficacia ne ha potuto mettere in ombra le istanze di valutazione critica e di integrazione, passaggi fondamentali nella pratica dell'EBM.

Del resto nel voler esasperare un processo conoscitivo che intenta sottoporre al vaglio sperimentale tutta la realtà clinica o, ancora, che pretenda di analizzarla nei soli aspetti quantitativi, pericoli insiti in una pedissequa interpretazione del razionalismo critico così come dell'empirismo baconiano, significa non essere in grado di cogliere i confini ed i limiti stessi del mondo della scienza, soprattutto quando si tratta di applicarla al mondo della salute e della vita umana.

Perciò, come scrive Gadamer sulla scia della lezione tratta dalla fisica contemporanea, vale a dire da un ambito disciplinare dominato lungamente dalla razionalità matematica ed, entro questi limiti, dalla pretesa di giungere ad una conoscenza oggettiva ed esaustiva della realtà investigata, la misurabilità possiede dei limiti che emergono soprattutto quando ci si trova di fronte ad uomini che vivono ed agiscono¹⁰². Il riferimento al fisico austriaco Erwin Schrödinger ci sembra a questo punto indicativo poiché, oltre ad essere uno dei maggiori protagonisti della meccanica quantistica, ha profondamente animato il dibattito epistemologico che ha contribuito a riportare all'attenzione della scienza alcuni aspetti in apparenza poco significativi in questo ambito ma certamente di rilevante interesse per gli sbocchi futuri della stessa ricerca scientifica. Schrödinger, infatti, nell'esaminare i caratteri fondamentali della scienza occidentale, presenti già nel pensiero greco, si esprime con queste parole:

*“l'immagine scientifica del mondo [...] ci dà una quantità di informazioni concrete, conferisce un meraviglioso ordine sistematico a tutta la nostra esperienza, ma è di un silenzio spettrale su tutti i problemi generali e particolari vicini al nostro cuore, che hanno veramente importanza per noi. Non ci può dire una parola sul rosso e l'azzurro, l'amaro e il dolce, il dolore e la gioia fisica; non sa nulla della bellezza e della bruttezza, del bene e del male, di Dio e dell'eternità”*¹⁰³.

Schrödinger, analizza ulteriormente la visione scientifica del mondo, mettendone in luce due presupposti fondamentali, ossia l'intelligibilità e l'oggettivazione, che considera così radicati nel nostro pensiero che quasi nessuno li ha mai notati, pur rappresentando gli occhiali attraverso i quali gli scienziati investigano la realtà. Il primo (l'intelligibilità) sottintende che i fenomeni naturali siano comprensibili alla mente umana, l'altro (l'oggettivazione), e qui siamo al dunque, comporta *“l'esclusione o omissione del soggetto conoscente”* che retrocede *“al rango di semplice spettatore, estraneo a quanto succede”*¹⁰⁴. Se è necessario far propria la tesi della intelligibilità/conoscibilità del reale, presupposto fondamentale di ogni impresa conoscitiva che, altrimenti, sarebbe *ab initio* fallimentare, non si può affermare la medesima cosa con riguardo alla rimozione del soggetto. Questo assunto, come in parte già evidenziato, comporta una contraddizione insormontabile non solo a livello gnoseologico ma anche ontologico e ciò è tanto più evidente se articolato con riferimento all'ambito clinico. In particolare, sebbene sia molto diffusa l'iniqua tendenza a voler ridurre la persona malata alla sola patologia, come se quest'ultima potesse essere concepita e dunque affrontata come un'entità “separata”,

¹⁰²H.G. GADAMER, *op. cit.*, p. 1.

¹⁰³E. SCHRÖDINGER, *L'immagine del mondo* (trad. it. a cura di A. VERTSON), Bollati Boringhieri, Torino, 1987, p. 239.

¹⁰⁴ *Ivi*, p. 121.

indipendentemente dall'individuo cui inerisce, non si può occultare il fatto che l'attività clinica non può rimuovere il soggetto, dato che *in primis* si occupa non di meri corpi ma di soggetti incarnati. In questa prospettiva, la malattia prima di essere un dato oggettivo è innanzitutto un dato soggettivo, un'esperienza vissuta in prima persona da un soggetto. E anche se un individuo fosse colpito da malattia nella sola dimensione corporea, a reagire è tutto il suo essere, dagli aspetti relazionali a quelli maggiormente legati alla sua interiorità.

L'essere umano è dunque un crogiolo di dimensioni non categoricamente oggettivabili e traducibili in un mero linguaggio matematico, come quella affettiva, emotiva, relazionale, teleologica, etica, spirituale, dimensioni che, a partire dalla speculazione galileiana, sono state qualificate come secondarie rispetto a quelle primarie, oggetto di misurazione e conseguentemente di indagine scientifica. Si è pertanto assistito ad una parabola per cui l'essere umano costitutivamente complesso, e questa certamente non è una scoperta dei nostri tempi, è stato progressivamente misconosciuto proprio nella sua complessità, attraverso un processo di riduzione a ciò che è più semplice, vale a dire alla sola dimensione quantitativa, sacrificando la verità in nome di una più facile comprensione. Detto in altri termini, come scrive Edgar Morin, l'errore del pensiero formalizzante e quantificatore che ha dominato le scienze, sta nel fatto che *“questo pensiero è arrivato a credere che ciò che non fosse quantificabile e formalizzabile non esistesse, o non fosse nient'altro che la schiuma del reale”*¹⁰⁵.

Potrebbe sembrare paradossale che proprio lo sviluppo dell'EBM, con il suo sforzo di formalizzare e migliorare l'utilizzo del metodo scientifico nella pratica clinica, abbia sollevato una serie di questioni teoriche che, pur non mettendo in discussione la dimensione di maggiore scientificità alla quale i medici si appellano, ne abbiano piuttosto evidenziato il prezzo da pagare: *“un allontanamento crescente dalla personalizzazione delle cure”*¹⁰⁶. Lo sviluppo del movimento della *Narrative Based Medicine* (NBM) nonché il progressivo avanzare delle medicine alternative¹⁰⁷ sono due chiari segnali, tra loro pur diversi, del bisogno di un sapere medico che sia maggiormente sensibile nei confronti di quegli aspetti del reale che la scienza ufficiale, con le sue moderne propaggini, ha messo da parte in quanto non quantificabili e formalizzabili.

Non sono mancati alcuni recenti tentativi di estendere la logica *evidence based* allo studio di alcune dimensioni qualitative dell'umano, quali ad esempio, ricerche condotte sugli effetti della terapia della speranza con riguardo a pazienti diabetici e al loro modo di porsi nei confronti della patologia e dei trattamenti proposti¹⁰⁸ o ancora studi randomizzati condotti in diverse strutture ospedaliere per valutare l'effetto della

¹⁰⁵ E. MORIN, Le vie della complessità, in G. BOCCHI, M. CERUTI, *La sfida della complessità*, Feltrinelli, Milano, 1985, pp. 25-36: 33.

¹⁰⁶ S. SPINSANTI, Narrative Based Medicine, in S. POLVANI, A. SARTI (a cura di), *Medicina narrativa in Terapia intensiva. Storie di malattie e di cura*, Franco Angeli, Milano, 2013, pp. 116-120: 116.

¹⁰⁷ Cfr. R. CHARON, Narrative Medicine. A model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust, in *JAMA*, 286 (2001), pp. 1897-1902. G. FEDERSPIL, C. SCANDELLARI, Medicina scientifica e medicina alternativa, in D. ANTISERI, G. FEDERSPIL, C. SCANDELLARI (a cura di), *Epistemologia, clinica medica e la «questione delle medicine eretiche»*, Rubbettino, Catanzaro, 2003, pp. 129-187.

¹⁰⁸ Cfr. Z. GHAZAVI, F. KHALEDI-SARDASHTI, M.B. KAJBAF, M. ESMAIELZADEH, Effect of hope therapy on the hope of diabetic patients, in *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20 (2015), pp. 75-80.

preghiera di intercessione sulla mancanza di complicazioni a seguito di un intervento chirurgico di bypass coronarico¹⁰⁹.

Tali disegni di ricerca, andando oltre una loro presunta utilità, sembrano sottintendere la volontà non dichiarata di assegnare una qualche visibilità alla dimensione qualitativa dell'umano sotto l'egida degli strumenti scientifici, ma ciò facendo si intende più rispondere ad una esigenza di chiarificazione interna all'ambito scientifico, dove chiarire significa tradurre in un linguaggio matematico, anziché comprendere realmente, con strumenti adeguati, ciò che di fatto sfugge alle pretese dell'oggettivazione.

L'assunto che si può trarre da queste considerazioni è che nel rapportarci alla realtà clinica e ancor prima all'individuo malato occorre individuarne e rispettarne la natura complessa. Questo significa che se lo vogliamo conoscere razionalmente dobbiamo optare per un approccio epistemologico che *in primis* recuperi una genuina apertura al reale. Come suggerisce ancora Morin, "*Dobbiamo riscoprire la strada di un pensiero multidimensionale, che certamente integri e sviluppi la formalizzazione e la quantificazione ma che tuttavia non si rinchioda in esse*"¹¹⁰.

In altri termini, le considerazioni sin qui svolte non devono essere intese come uno schierarsi contro l'approccio metodologico e scientifico dell'EBM ma contro i suoi eccessi e le sue esasperazioni. Infatti, proprio tali tendenze hanno condotto a scambiare l'EBM da strumento utile per la pratica clinica per un nuovo paradigma epistemologico che avrebbe dovuto improntare di sé l'intero ambito medico. Del resto, la stessa dicitura Medicina basata sulle prove di efficacia tradisce una incauta riduzione della medicina all'approccio *evidence based* e dunque anche una mancata preoccupazione da parte dei cultori dell'EBM di articolare una base epistemologica e filosofica adeguata alla propria disciplina¹¹¹.

Parlare di ragionamento clinico secondo l'EBM vuol dire assumerla come metodo utile nel concorrere al fine di ristabilire la salute del paziente, raccogliendone a pieno i benefici ma senza avallarne le distorsioni epistemologiche e senza rinunciare a metterne in luce gli elementi di criticità.

2.4 Il ragionamento clinico come sapere per l'azione

Il concetto di verità come adeguazione, di cui abbiamo parlato rintracciandone la pertinenza con riguardo all'ambito del ragionamento clinico, nella sua potenza sintetica abbraccia ogni dominio, oltrepassando il pur fondamentale livello del vero teoretico per applicarsi anche al momento pratico, dove si opera in vista dell'azione¹¹². Il concetto di verità, che segue a quello di essere, si esprime in modo analogo, ossia secondo modalità specifiche, pur rimando tale concetto sempre normativo. A questo proposito, attingendo all'antico adagio aristotelico, si specifica che:

¹⁰⁹ Cfr. H. BENSON, J.A. DUSEK, J.B. SHERWOOD, P. LAM, C.F. BETHEA, W. CARPENTER, S. LEVITSKY, P.C. HILL, DW. Jr. CLEM, M.K. JAIN, D. DRUMEL, S.L. KOPECKY, P.S. MUELLER, D. MAREK, S. ROLLINS, P.L. HIBBERD, Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer, in *American Heart Journal*, 4 (2006), pp. 934-42.

¹¹⁰ E. MORIN, *op. cit.*, p. 33.

¹¹¹ Cfr. A. LIBERATI (a cura di), *Etica, conoscenza e sanità. EBM tra ragione e passione*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2005, p. 8.

¹¹² V. POSSENTI, *op. cit.*, p. 220.

“Il fine della scienza teoretica è la verità, mentre il fine della pratica è l’azione. Infatti, coloro che hanno per fine l’azione, anche se osservano come stanno le cose, non tendono alla conoscenza di ciò che è eterno, ma solo di ciò che è relativo a una determinata circostanza e in determinato momento”¹¹³.

Il sapere pratico è dunque un sapere che non ha come fine la verità, ma questa è ricercata come mezzo in vista dell’azione possibile, la quale è sempre situata nel tempo e nello spazio e come tale è contingente e mutevole. In altre parole, nel sapere pratico non si rinuncia alla verità poiché si cerca sempre di comprendere il perché di un determinato stato di cose, il loro modo di essere ma con il fine principale di modificarlo. Pertanto, la qualificazione di questa filosofia come pratica deriva dal fatto che essa riguarda le azioni le quali implicano che il soggetto sia epistemologicamente implicato nel suo sapere, poiché il *telos* di questo sapere è una prassi che ha origine nel soggetto, nella sua iniziativa¹¹⁴, e quindi nello sforzo personale e faticoso di avvicinarsi alla verità proiettata nella dimensione della prassi.

Questi caratteri generali della filosofia pratica offrono un modello utile per comprendere la razionalità del ragionamento clinico.

A questo proposito il medico e bioeticista Edmund Pellegrino ha fornito un noto contributo in tale direzione, sviluppando in particolar modo l’aspetto teleologico del ragionamento clinico, che impone una normatività sull’intero processo. Egli, inoltre, esprime anche la possibilità di una adeguata comprensione del ragionamento clinico nonché di superare gran parte delle contrapposizioni tra le diverse interpretazioni che nel tempo sono state fornite, attraverso una opportuna considerazione di due aspetti essenziali sinora trascurati. Innanzitutto, Pellegrino afferma che:

“Il fine con cui si confronta il medico, ed il procedimento del giudizio clinico mediante il quale questo fine viene raggiunto è quindi il ristabilirsi e la guarigione. L’eventuale azione correttiva, ripartiva, o preventiva è diretta a ciò che sia il medico che il paziente percepiscono come una diminuzione dell’integrità del paziente. Il fine non è una diagnosi, una verità scientifica, il controllo di un’ipotesi, o la valutazione di un trattamento, anche se la conoscenza che da essi deriva impronta di sé la realizzazione della decisione”¹¹⁵.

Come si può osservare da questa citazione, il ragionamento clinico non è individuato *in primis* dalle conoscenze che impiega, ma dal suo fine – cioè ristabilire la salute del paziente - e tale fine modula il processo in ogni passo che conduce a sé, con scelte ponderate¹¹⁶. Tuttavia, il momento pratico non è in alcun modo separato dal sapere che lo informa e come tale questo deve strutturarsi in modo adeguato. Infatti, Pellegrino specifica ulteriormente che *“Questo punto è importante per distinguere la medicina clinica da una scienza empirica.[...] (in quanto) la decisione di agire in*

¹¹³ ARISTOTELE, *Metafisica*, II, 1, 993b, 20-22.

¹¹⁴ Cfr. F. BOTTURI, La conoscenza condivisa e il sapere pratico, in *Atti del 4° Convegno Operatori Psicossociali. Associazione Medicina & Persona*, Ottobre 2012, pp.10-18: 13. http://www.medicinaepersona.org/resources/pagina/N143e933e2f6fcd0b59f/N143e933e2f6fcd0b59f/02_-Botturi-La-conoscenza-condivisa-PAG_10_18.pdf

¹¹⁵ E.D. PELLEGRINO, *Anatomia del giudizio clinico*, op. cit., p. 7.

¹¹⁶ *Ivi*, p. 5.

*medicina coinvolge non solo l'applicazione dell'informazione, ma anche il modo con cui viene ottenuta*¹¹⁷.

In altre parole, il ragionamento clinico in quanto sapere per l'azione non implica che tale sapere sia già costituito e che il medico si limiti ad applicarlo nella decisione. Piuttosto, l'utilità del sapere è tale quanto più esso è realmente vero, ovvero quanto più il medico ha cercato di conformarsi all'oggetto investigato che, data la sua complessità, richiede un approccio multidimensionale. Pertanto, se il ragionamento clinico fosse condotto esclusivamente attraverso le lenti metodologiche della scienza, la conoscenza sarebbe meno vera in quanto irretita in tali riduttive categorie epistemiche. In questo modo Pellegrino lega il discorso teleologico all'esigenza di una più articolata epistemologia nell'affermare che: *"nessun metodo logico può dominare i molteplici e differenti modi di ragionamento ed i vari tipi di prova, in grado di rispondere ai differenti problemi cui il clinico deve far fronte"*¹¹⁸.

Il livello teleologico del ragionamento clinico e dunque la sua razionalità pratica convengono indubbiamente con la chiarificazione terminologica dell'espressione "ragionamento clinico" nella quale il peso della speculazione espresso dal sostantivo è ridimensionato dall'aggettivo "clinico" che lascia invece intendere il rapporto costitutivo con l'agire. Tuttavia, la sfera del sapere pratico, riguardando il particolare con la sua concretezza e ricchezza di dettagli, non può semplicemente dedursi dalla razionalità teorica. Le leggi generali e tipologiche non dicono tutto nei confronti dell'agire che è sempre contingente e mutevole. Ciò impone un clima di prudenza all'intero processo del ragionamento clinico, intendendo per prudenza (*phronesis*), secondo la nota definizione fornita da Aristotele, la capacità di valutare per ogni singolo caso i mezzi più adeguati a realizzare un fine buono¹¹⁹. Tale virtù prudenziale *"non verte soltanto intorno agli universalì, bensì bisogna che conosca anche le cose particolari: essa è rivolta all'azione e l'azione ha per oggetto le cose particolari"*¹²⁰. Nella sua *Metafisica* Aristotele chiarisce maggiormente questo aspetto con un esempio tratto dalla medicina, affermando che *"se uno possiede la teoria senza l'esperienza e conosce l'universale ma non conosce il particolare che vi è contenuto, più volte sbaglierà la cura, perché ciò cui è diretta la cura è, appunto, l'individuo particolare"*¹²¹.

In altre parole, coloro che sono mancanti nella conoscenza dell'universale ma possiedono l'esperienza sono spesso più efficaci nell'azione, precisamente perché hanno maggiore familiarità con la realtà concreta e con i suoi particolari. Tuttavia, nonostante questa esperienza dei fatti concreti, essi non sono in grado di dar conto del perché e delle cause dei fatti stessi. La *phronesis*, in quanto rivolta all'azione, richiede entrambi i tipi di conoscenza, quella degli universalì e soprattutto l'esperienza, intesa come conoscenza dei particolari.

Pellegrino fornisce diverse esemplificazioni del ruolo della *phronesis* nel ragionamento clinico, soprattutto con riguardo alle scelte terapeutiche che pongono a confronto medico e paziente con diverse alternative che possono non essere conciliabili. L'azione conclusiva, infatti, spesso può coinvolgere non solo valutazioni scientifiche, ma ciò che il medico pensa che sia adeguato fare nonché ciò che il paziente accetterà in quanto è in linea con i propri valori. In altri termini, le

¹¹⁷ *Ivi*, p. 7.

¹¹⁸ *Ivi*, p. 5.

¹¹⁹ ARISTOTELE, *Etica Nicomachea* (a cura di A. PLEBE), Laterza, Bari, 1988, VI, 5, 1140a 25-30.

¹²⁰ *Ivi*, VI, 5, 1141b 15-20.

¹²¹ ARISTOTELE, *Metafisica*, op. cit., I, 1, 981a, 20-25.

conoscenze scientifiche e sperimentali, l'esperienza e l'abilità clinica del medico, i valori e le aspettative del paziente “*si intrecciano e possono trovarsi in conflitto tra loro [...] e diventano argomenti pro o contro una scelta di alternative*”¹²². In tali casi, la prudenza potrà suggerire un intervento immediato per evitare ulteriori complicanze nel paziente o l'acquisizione di maggiori informazioni che permettono di avere un quadro più chiaro della situazione, in un percorso che non deve mai perdere di vista il fine da conseguirsi né la verità che lo informa la quale comporta un continuo sforzo di adeguazione ed apertura del soggetto alla realtà.

Tuttavia, al ragionamento clinico in quanto sapere pratico – come insegna Aristotele – non si può chiedere la stessa precisione che ci si attende dal sapere teorico. Infatti, “*è proprio di una persona colta ricercare l'esattezza secondo ciascun genere, tanto quanto lo permette la natura del fatto indagato, poiché è evidentemente più o meno la stessa cosa ammettere che un matematico sia persuasivo e pretendere dimostrazioni da un retore*”¹²³.

Con queste affermazioni non si vuole togliere verità e certezza al ragionamento clinico, ma mostrarne le differenze e i limiti nei confronti del ragionamento scientifico. In questo senso, il sapere pratico procede con un suo rigore perché sempre si ragiona e si valuta, ma senza giungere a conclusioni che hanno una dimostrabilità di tipo matematico.

Proprio per questo suo carattere di “rigore senza esattezza” il ragionamento clinico, come argomentato, si articola necessariamente su diversi livelli, secondo una spirale ricorsiva, con cui esso cerca di articolare con verità la dimensione del concreto che è sempre particolare e circostanziato¹²⁴.

¹²² E.D. PELLEGRINO, *op. cit.*, p. 16.

¹²³ ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, *op. cit.*, I, 3, 1094b 24-25.

¹²⁴ F. BOTTURI, *op. cit.*, 14.

Parte II

La dimensione intuitiva nel ragionamento clinico

1. L'intuizione come concetto filosofico

1.1 Introduzione

La disamina sviluppata nella precedente sezione ha permesso di individuare almeno due aspetti fondamentali, tra loro interconnessi, in vista di una adeguata comprensione dell'ambito del ragionamento clinico. Da un lato, un aspetto legato al *modus essendi*, che si riferisce alla natura multidimensionale del pensare clinico in virtù della struttura complessa della realtà in oggetto, dall'altro un aspetto legato al *modus cognoscendi*, ovvero alla mediazione della soggettività in quanto “*il conosciuto sta nel conoscente secondo il modo del conoscente*”¹²⁵. Ne consegue che la natura del soggetto e delle sue capacità conoscitive influenzano la profondità e l'adeguatezza del modo di apprendere la verità, e di tale aspetto occorre essere consapevoli se non si vuole fare del pensiero la misura della realtà. Anche gli approcci metodologici rappresentano delle vie di accesso al fenomeno investigato: non si può effettuare un esame obiettivo se non si adopera un metodo osservativo, e tale procedimento apre ad alcuni aspetti della realtà e chiude necessariamente ad altri.

Con riguardo a quest'ultimo argomento, ossia alla possibilità di assumere dinanzi al paziente modalità epistemiche differenti a seconda dei compiti richiesti dalla realtà in esame, l'intuizione rappresenta uno degli strumenti conoscitivi in grado di supportare lo sviluppo del ragionamento clinico.

Tuttavia, prima di approfondire la natura di tale concetto con riferimento alla pratica medica, si ritiene opportuno fornire una breve rassegna di come l'intuizione sia stata esaminata in ambito filosofico, poiché è proprio in questo contesto che essa ha trovato la sua prima dimensione teoretica.

Come evidenziato da alcuni studi recenti¹²⁶, a partire dalla seconda metà del secolo scorso l'intuizione è stata oggetto di ampio interesse da parte della psicologia sperimentale e delle discipline ad essa affini, quali le scienze cognitive, le neuroscienze, la linguistica, ecc.. Questa crescente infusione dell'intuizione in tali campi di indagine rappresenta una svolta radicale nella comprensione del tema in oggetto, soprattutto se consideriamo che esso è stato dibattuto così a lungo

¹²⁵ S. TOMMASO D' AQUINO, *La Somma Teologica*, op. cit., I, q. 12, a. 11.

¹²⁶ L.S. OSBECK, B.S. HELD (eds.), *Rational Intuition. Philosophical Roots, Scientific Investigations*, Cambridge University Press, New York, 2014, p. 1.

prevalentemente in ambito filosofico. Tuttavia, se un approccio multidisciplinare si rivela utile nel tentativo di guadagnare una più ampia conoscenza sul tema in questione, al contempo lo studio dell'intuizione sembra aver perso terreno con riguardo alle proprie radici genuinamente filosofiche che, per quanto tenute in ombra o misconosciute, rappresentano a nostro parere il punto di partenza per una sua adeguata comprensione ed articolazione.

Muovendo da tale prospettiva che fornisce una prima legittimazione storica e culturale sia del concetto che della sua rilevanza epistemologica, il presente capitolo cercherà di seguire la parabola della teorizzazione dell'intuizione, inizialmente considerata come fonte di conoscenze certe ed assolute per approdare, in tempi più recenti, ad una visione della stessa nei termini di una intellesione di natura congetturale. In via preliminare, sarà tuttavia utile una esposizione essenziale di tale concetto dal punto di vista teoretico, al fine di meglio comprendere le principali accezioni che esso assume nella storia della filosofia.

1.2 La teoresi del concetto di intuizione

Il termine intuizione, dal latino *intueri*, vedere dentro, esprime etimologicamente l'atto dell'avere una visione, ossia una percezione immediata di una qualche verità o di una situazione di fatto, di qualunque natura essa sia, colta nella sua realtà individuale¹²⁷. Così declinata l'intuizione può essere ed è di fatto riferita tanto ai sensi che all'intelletto, anche se occorre innanzitutto precisare che la pura sensazione, ad esempio un'impressione di colore, di suono, manca di quella chiarezza e consapevolezza concettuale che si realizza nel momento intuitivo propriamente detto e caratterizzato da una indissolubile sintesi di sensazione e intelletto. Al riguardo, già in età classica il termine è usato quasi esclusivamente in senso metaforico giacché viene trasferito dalla sfera visiva a designare la conoscenza intellettuale e, al contempo, la penetrazione ed intensità con la quale si coglie ciò che non è esteriormente visibile, come mostra Cicerone nel parlare di "*mentis aciem seipsam intuens*"¹²⁸. Il termine ha conservato questa accezione principale nelle lingue neolatine¹²⁹, sebbene con una diversità di significati, soprattutto nel contesto filosofico, al punto da rendere l'intuizione uno dei concetti più problematici dal punto di vista teoretico.

Nell'uso filosofico si possono generalmente distinguere cinque accezioni principali del termine intuizione.

La prima, con riferimento prevalentemente logico-gnoseologico, è indicativa di una conoscenza diretta e immediata di principi, rapporti tra le cose, verità (teoriche, pratiche, morali) evidenti, che possono fungere da fondamento al ragionamento, in opposizione alle forme di apprensione mediate, derivate o logico-discorsive. Il termine è usato in questo senso da Platone, Aristotele e Cartesio, e il riferimento all'evidenza, nel

¹²⁷ Per una sintetica illustrazione della teoresi del concetto di intuizione si veda V. MATHIEU, Intuizione. I. Distinzioni, in *Enciclopedia filosofica*, Bompiani, Milano, 2006, pp. 5775-5782; A. LALANDE, Intuizione, in *Dizionario critico di filosofia*, ISEDI, Milano, 1971, pp. 443-447; U. VIGLINO, Intuizione, in *Enciclopedia cattolica*, Sansoni, Firenze, 1951, pp. 122-124.

¹²⁸ M.T. CICERONE, *Tuscolanae disputationes*, trad. it. a cura di A. DI VIRGINIO, *Le Tuscolane*, Mondadori, Milano, 1996, I, 30, 73.

¹²⁹ Si veda anche il termine tedesco *Anschauung* che indica sia l'atto del vedere che del contemplare.

significato di scorgere con piena chiarezza intellettuale ed in modo vero, è congiunto con l'accezione originaria del termine *intueri* (vedere dentro ed in modo chiaro).

La seconda accezione del termine intuizione è quella di percezione diretta dell'esistente, dell'individuale, del concreto, in opposizione alla conoscenza astratta. Tale senso è di derivazione scolastica con il significato tecnico di percezione del reale, nella conoscenza sensibile, senza la mediazione discorsiva.

La terza accezione riguarda l'intuizione intesa come compartecipazione simpatica e istintiva nell'intimo della realtà e della vita, in opposizione alla conoscenza esteriore e frammentata propria delle riduzioni concettuali. È questo il senso con cui il termine è presente nella metafisica bergsoniana.

Nella quarta accezione, il termine intuizione è indicativo di un processo produttivo delle prime forme dell'attività teoretica dello Spirito ed in questa prospettiva, esso è tipico dell'idealismo filosofico, in parte già preannunciato dalle idee pure kantiane (e. i. le categorie di spazio e tempo, come forme a priori dello spirito). Da esso deriva il riferimento dell'intuizione nel campo dell'arte come attività originaria dello spirito dell'uomo, dei suoi valori espressi nella veste di immagini sensibili (parole, colori, suoni, forme).

La quinta accezione, con riferimento ad un significato religioso e mistico, afferisce all'intuizione intesa come apprensione di Dio e del divino in una dimensione prevalentemente affettiva e, come tale, essa si distingue dalla conoscenza puramente logico-razionale¹³⁰.

Dal punto di vista teoretico, l'intuizione solleva due questioni fondamentali che, da un lato, fanno riferimento al senso con cui la conoscenza umana possa dirsi intuitiva, e dall'altro chiamano in causa le caratteristiche con cui la mente può cogliere l'oggetto del proprio conoscere¹³¹.

Innanzitutto, occorre rilevare che l'intuizione intesa nel senso più originario della parola, ossia come conoscenza o percezione diretta di un oggetto, è una funzione fondamentale dell'intelligenza. Al riguardo, San Tommaso distingueva l'*intellectus* con il quale era solito indicare la conoscenza immediata dell'universale o essenza, dalla *ratio* o conoscenza discorsiva¹³². L'universale, che è oggetto proprio dell'intelligenza umana, non è però nel più genuino tomismo, un qualcosa di astratto, bensì l'essenza concreta "*in particulari existens*"¹³³. Da quanto detto segue che l'intuizione non va contrapposta alla conoscenza concettuale, se non in quanto concettuale viene riduttivamente indentificato con qualcosa di astratto.

La seconda questione teoretica fondamentale fa riferimento al carattere immediato dell'intuizione che, generalmente, è inteso alla luce di due sfumature principali, a seconda se tale caratteristica afferisca alla presenza diretta dell'oggetto alla mente, oppure ad una parziale o totale compenetrazione del soggetto con l'oggetto conosciuto. Occorre rilevare che la prima accezione, propria dei sistemi di pensiero che attribuiscono all'intuizione un significato logico-gnoseologico, pur ammettendo che l'oggetto sia immediatamente presente alla mente, ne sia tuttavia distinto come ciò che si trova dinanzi ad essa in quanto oggettivato. La seconda sfumatura di significato si riscontra tipicamente in quelle impostazioni gnoseologiche che, dando all'intuizione un

¹³⁰ Cfr. U. VIGLINO, op. cit., p. 122; V. MATHIEU, op. cit., p. 5776.

¹³¹ U. VIGLINO, op. cit., p. 122-123.

¹³² S. TOMMASO D'AQUINO, *La Somma Teologica*, op. cit., I, q. 59, a. 1, ad. 1.

¹³³ *Ivi*, I, q. 84, a. 7, c.

significato mistico, accentuano piuttosto una relazione più profonda e prossima del soggetto con la realtà conosciuta.

Vediamo ora come la teoresi del concetto di intuizione si articoli nella storia della filosofia, attraverso una rassegna che non mira a proporre una completa ed ampia sistematica del campo di investigazione, ma a delineare una panoramica da cui possano emergere i tratti specifici e problematici del tema in oggetto nel suo significato gnoseologico, mediante la testimonianza di alcuni pensatori tra quelli che hanno maggiormente lambito il dominio intuitivo.

1.3 L'intuizione in filosofia

Il tema dell'intuizione ha una lunga storia e sarebbe erroneo affermare che la sua trattazione sia divenuta oggetto di interesse solamente in tempi recenti. Al riguardo, possiamo rintracciare i primi riferimenti significativi alla conoscenza intuitiva nella filosofia greca, in particolare nel pensiero platonico ed aristotelico, denotando una forma di apprensione immediata propria del *nous* o intelletto.

Come evidenzia Francesco Aronadio¹³⁴, sebbene il lessico platonico non contempli un termine il cui significato sia interamente sovrapponibile a quello corrente di intuizione, se non a seguito di dovuti distinguo, in molti passi dei suoi dialoghi il filosofo greco fa riferimento ad un genere di conoscenza noetica o intellettuale con un linguaggio tipico della cognizione intuitiva, spesso ricorrendo ad analogie visuali e tattili. Si deve, infatti a Platone, l'origine del linguaggio metaforico espresso in termini di visione o illuminazione con riguardo al tema dell'intuizione e tale modalità esplicativa permane ad oggi uno dei tratti qualificanti di questa facoltà conoscitiva.

Nel *Simposio*, in merito a colui che dopo un lungo percorso di risalita giungerà alla conoscenza della realtà intellegibile, Platone afferma che *“allora improvvisamente gli apparirà la Bellezza nella sua meravigliosa natura, quella stessa, Socrate, che era il fine di tutti i suoi sforzi: eterna, senza nascita né morte”*. [...]. *Questo, mio caro Socrate - mi disse la straniera di Mantinea -, è il momento più alto nella vita di una persona: l'attimo in cui si contempla la Bellezza*¹³⁵. La preminenza del modello visivo per descrivere la natura della conoscenza noetica si specifica ulteriormente in alcuni passi della *Repubblica* dove, nel parlare dell'intelletto come occhio dell'anima, Platone asserisce che *“la sua conservazione è preferibile a tutti gli occhi di questi mondo, perché soltanto con quell'organo si può vedere la verità”*¹³⁶. Occorre rilevare che Platone si esprime in modo analogo anche in altri dialoghi che, tuttavia, sono meno pertinenti per inquadrare l'attività ordinaria dell'intuizione intellettuale, poiché alludono alla condizione dell'anima disincarnata, andando oltre ogni necessaria collaborazione ed interazione tra la mente e il corpo nel processo conoscitivo. A titolo esemplificativo nel *Fedone*, discorrendo della filosofia e della condizione del filosofo, Platone fornisce la seguente risposta al quesito su quando l'anima possa ragionare al meglio e cogliere il vero, ossia: *“quando si raccolga sola in se stessa lasciando il corpo, e, rompendo il*

¹³⁴ F. ARONADIO, Il problema dell'intuizione in Platone, in A. APORTONE, F. ARONADIO, PAOLO SPINICCI, *Il problema dell'intuizione. Tre studi su Platone, Kant, Husserl*, Bibliopolis, Napoli, 2002, pp. 21-55:21.

¹³⁵ PLATONE, *Simposio* (a cura di M. TROMBINO), Armando, Roma, 2004, 210e-212a.

¹³⁶ PLATONE, *Repubblica*, op. cit., VII, 737e.

*contatto e la comunanza col corpo nella misura in cui ciò è possibile, miri con ogni sua forza alla verità*¹³⁷.

In questi passaggi sembra indiscutibile che Platone faccia riferimento ad una capacità conoscitiva immediata propria del *nous* o intelletto in virtù della quale è possibile attingere in modo diretto, ossia senza alcuna mediazione sensibile e senza alcun bisogno di un sostegno argomentativo, una conoscenza vera ed essenziale. L'atto noetico è descritto dall'Autore come analogo all'atto della visione poiché come quest'ultimo è focalizzato sulla forma sensibile delle cose l'intuizione coglie invece la forma intellegibile del reale. Platone sottolinea il carattere improvviso di questa illuminazione a cui si giunge con un balzo dopo un lungo cammino di preparazione per divenire filosofi, ossia desiderosi di conoscere, non facendo affidamento sui sensi ma coltivando le virtù dello spirito.

La conoscenza intuitiva è considerata più perfetta della *dianoia* o conoscenza discorsiva che fornisce solo immagini dei principi e, pertanto, quest'ultima presuppone come suo completamento l'apprensione noetica la cui portata in Platone è genuinamente metafisica¹³⁸. Le anime, infatti, hanno contemplato le essenze intellegibili prima ancora di cadere in un corpo ed il ricordo sopito di questo sapere originario e apriori si riaccende al contatto con la realtà sensibile. Celebre è l'esempio riportato nel Menone in cui un giovane schiavo, seppur ignaro di geometria, riesce ad intuire, con l'aiuto di Socrate, il teorema del quadrato doppio, ricordandone gli elementi di fondo che già possedeva in quanto acquisiti nella vita precedente all'incarnazione¹³⁹. La conoscenza è un ricordare che culmina con un atto di intuizione intellettuale che ha nella sensibilità un mero punto di partenza della reminiscenza, anche se per dare avvio a questo processo la sensazione deve essere seguita dalla riflessione sulla realtà percepita¹⁴⁰.

Aristotele condivide e sviluppa ulteriormente le assunzioni di base della gnoseologia platonica asserendo che la conoscenza discorsiva suppone come suo fondamento un conoscere non discorsivo. Tuttavia, egli rielabora, con una accezione empirica, il concetto di *nous* per indicare la capacità dell'intelletto di astrarre l'essenza universale dalla realtà particolare conosciuta attraverso i sensi. Così declinata, l'intuizione è una immediata apprensione dei primi principi e al contempo non una conoscenza a priori. A tal proposito, lo Stagirita si esprime nei seguenti termini:

“Siccome degli stati intellettuali con i quali siamo nel vero alcuni sono sempre veri, e altri ammettono il falso, come per esempio l'opinione e il calcolo, mentre la conoscenza scientifica e l'intellezione sono sempre veri, e siccome nessun altro genere all'infuori dell'intellezione è più preciso della conoscenza scientifica e, d'altra parte, i principi sono più noti delle dimostrazioni e ogni conoscenza scientifica è accompagnata da ragionamento, non può esserci conoscenza scientifica dei principi, e poiché non ci può essere nulla di più vero della conoscenza scientifica se non l'intellezione, l'intellezione

¹³⁷ PLATONE, *Fedone* (a cura di G. REALE), La Scuola, Brescia, 1995, 65b 9- 65c 7-9.

¹³⁸ PLATONE, *Repubblica*, op. cit., VI, 510a.

¹³⁹ PLATONE, *Menone* (a cura di G. REALE), La Scuola, Brescia, 2001, 81a-86c.

¹⁴⁰ Che la reminiscenza non coincida con la mera percezione dei sensi, bensì con il ragionamento che ad essa segue viene messo ben in evidenza da Platone allorché parla dell'oggetto ricordato come ciò che è stato pensato a partire dalla conoscenza sensibile. Leggiamo nel Fedone: “ Se uno o vedendo una cosa, o per averla udita o acquisendone qualche altra sensazione, non solo conosce tutto questo, ma pure posa la sua riflessione su qualche altra, della quale la conoscenza non è la stessa, ma un'altra, ebbene non dicevamo giustamente che si era ricordato di quella cosa della quale aveva preso a riflettere?”. Cfr. PLATONE, *Fedone*, op. cit., 73c 9 – 44a.

*deve avere per oggetto i principi. Ciò risulta da queste indagini ed anche principio della dimostrazione non è la dimostrazione e quindi la conoscenza scientifica non è principio della conoscenza scientifica. Se allora non abbiamo alcun altro genere vero oltre alla conoscenza scientifica, l'intellezione deve essere principio della conoscenza scientifica. E l'una può essere considerata il principio, mentre l'altra nel suo complesso sarà nella stessa relazione con il suo oggetto nel suo complesso*¹⁴¹.

In questo lungo passaggio divenuto famoso per il riferimento al *nous* che contiene, Aristotele afferma chiaramente che la conoscenza dei principi non si acquisisce per dimostrazione ma attraverso una visione intellettuale di essi, e tale intuizione è più vera della stessa scienza perché ne è a fondamento. Tuttavia, l'intuizione intellettuale non può darsi a prescindere dall'esperienza, ma si forma gradualmente attraverso l'osservazione ripetuta dei casi particolari e l'esercizio del ragionamento, ossia attraverso ciò che Aristotele chiama "prontezza mentale"¹⁴². Questo non vuol dire che l'approccio induttivo sia per sé sufficiente per cogliere una essenza. Piuttosto l'esperienza e l'induzione, a volte anche l'osservazione di un singolo caso, forniscono gli strumenti, ossia la scintilla che fa innescare l'intuizione, purché questa possa contare su un buon allenamento mentale.

La filosofia medievale, ed in particolare la scolastica tomista, contempla una forma di sapere intuitivo nel senso aristotelico di apprensione immediata di principi universali e necessari e, nell'altro, di conoscenza evidente di una realtà esterna presente o attuale¹⁴³. La prima accezione del termine è testimoniata da San Tommaso, secondo cui:

*"I principi che sono evidenti per se stessi, sono conosciuti immediatamente tramite l'intermediazione dei sensi, di modo che, vedendo un tutto e le sue parti, sappiamo immediatamente, senza alcun bisogno di riflettere, che il tutto è più grande di ciascuna delle parti"*¹⁴⁴.

L'intuizione intellettuale è dunque una visione che scaturisce dall'esperienza e permane nel soggetto come un *habitus*.

La gnoseologia di Guglielmo di Ockham, orientata in senso empiristico, attribuisce alla conoscenza intuitiva la facoltà di conoscere con evidenza ed in modo immediato la realtà o irrealtà dell'oggetto nella sua esistenza attuale. *"In generale, qualsiasi*

¹⁴¹ ARISTOTELE, *Analitici secondi* (a cura di M. Mignucci), Editori Laterza, Roma-Bari, 2007, B 19, 100 b 5-17.

¹⁴² "La prontezza è la capacità di cogliere il medio in un tempo impercettibile, come per esempio se uno, vedendo che la luna ha sempre la faccia illuminata rivolta verso il sole, capisce subito perché ciò avviene: perché trae luce dal sole". Cfr. *Ivi*, A 34, 89 b.

¹⁴³ Cfr. M.F. SCIACCA, Intuizionismo, in *Enciclopedia cattolica*, op. cit., pp. 124-130:126. Vale la pena ricordare che il termine latino *intuitus*, nel significato tecnico della parola, è stato probabilmente introdotto in ambito filosofico proprio dalla Scolastica, in particolare nel *Monologium* di Anselmo d'Aosta per distinguere la conoscenza delle realtà finite dalla conoscenza dell'Essere finito (LXVI). Alla luce del detto di San Paolo, *"Videmus nunc per speculum in aenigmate: tunc autem facie ad faciem"*, Anselmo chiama la prima forma di conoscenza *"speculatum"* e la seconda *"intuitus"* (LXX), ad indicare una forma di sapere che conosce l'oggetto direttamente. Su questa significativa testimonianza si veda C.S. PIERCE, Questions concerning certain faculties claimed for man, in *The Journal of Speculative Philosophy*, 2 (1868), pp. 103-114: 103.

¹⁴⁴ SAN TOMMASO D'AQUINO, *Scriptum super libros Sententiarum*, trad. it. di P.R. Coggi, *Commento alle Sentenze di Pietro Lombardo*, EDS, Bologna, 2001, Vol.1, 3, 1, 2.

*conoscenza semplice di un termine o di più termini, di una cosa o di più cose, in virtù della quale si può conoscere con evidenza una verità contingente, concernente specialmente un oggetto presente, è conoscenza intuitiva*¹⁴⁵.

L'intuizione riguarda gli oggetti ma anche qualsiasi altro rapporto tra le cose particolari della cui realtà o esistenza si può avere una apprensione immediata sulla base dell'esperienza.

Nella filosofia moderna si insiste molto sulla correlazione tra l'intuizione e l'evidenza, intesa quest'ultima come garanzia di verità.

Secondo la gnoseologia cartesiana, l'intuizione è l'atto conoscitivo più importante, insieme con la deduzione che la esplicita, ed è intesa esclusivamente come facoltà intellettuale. Scrive Cartesio:

*“vengono qui passate in rassegna tutte le azioni del nostro intelletto mediante le quali possiamo pervenire, senza timore di inganno, alla conoscenza: e ne sono ammesse soltanto due, ovvero l'intuito e la deduzione. Per intuito non intendo l'ondivaga fede nei sensi, o il fallace giudizio dell'immaginazione che compone malamente, ma un concetto della mente pura ed attenta tanto facile e distinto che non resti assolutamente alcun dubbio su ciò che intendiamo; [...]. Così chiunque può intuire con l'animo che esiste, che pensa, che il triangolo è delimitato da tre linee soltanto, che la sfera lo è da una superficie e cose simili”*¹⁴⁶.

L'intuizione designa dunque un giudizio che si genera dalla sola ragione senza il concorso dei sensi, ed è caratterizzato da una evidenza indubitabile dovuta alla semplicità delle nature da essa colte. Cartesio ammette inoltre una conoscenza intuitiva che può seguire l'esercizio discorsivo ed analitico: la quarta regola del metodo, infatti, prescrive le enumerazioni e le rassegne che esercitano il pensiero al punto da renderlo così agile da fargli abbracciare con un atto di visione quello che prima vedeva successivamente e discorsivamente¹⁴⁷. In breve, vi è anche una intuizione intellettuale acquisita lentamente e laboriosamente e come tale, essa non sempre precede o esclude l'esercizio del ragionamento.

Baruch Spinoza, che pure è critico nei confronti del dualismo gnoseologico cartesiano, considera l'intuizione la forma più alta di conoscenza, distinguendola dalla percezione sensibile e dalla ragione. Nello specifico la conoscenza di primo genere o sensibile è considerata oscura e superficiale poiché non è in grado di cogliere l'ordine causale delle cose, mentre la conoscenza di secondo genere o ragione è in grado di individuare i nessi necessari e dunque anche il perché dell'esistenza delle cose. Tuttavia, soltanto il terzo grado di conoscenza, quella più elevata, consente all'uomo di cogliere la ragione essenziale di questo ordine con una intelligenza diretta simile al vedere le cose *sub specie aeternitatis*. E infatti:

“questo genere di conoscenza procede dall'idea adeguata dell'essenza formale di certi attributi di Dio alla conoscenza adeguata dell'essenza delle cose. Spiegherò tutto

¹⁴⁵ G. d'OCKHAM, Commentario alle Sentenze, in *Scritti filosofici* (a cura di A. GHISALBERTI), Bietti, Milano, 1974, q. 1 Z.

¹⁴⁶ R. DESCARTES, Regole per la direzione dell'ingegno, in R. DESCARTES, *Opere postume 1650-2009* (a cura di G. BELGIOIOSO), Bompiani, Milano, 2009, III, p. 695.

¹⁴⁷ R. DESCARTES, *Discorso sul metodo* (a cura di G. BONTADINI), La Scuola, Brescia, 1997, p. 51-54.

*questo mediante l'esempio di una sola cosa. [...] Dati per esempio i numeri 1,2,3, non c'è chi non veda che il quarto proporzionale è 6, e ciò molto più chiaramente perché dal rapporto stesso del primo al secondo, che vediamo con un unico sguardo, concludiamo il quarto numero*¹⁴⁸.

L'intuizione qui assume l'accezione di visione di un legame essenziale tra i fenomeni che segue alla loro stessa natura e quindi dal loro essere un modo necessario ed eterno dell'ordine divino.

Nella filosofia kantiana, ossia nell'età dell'illuminismo, la conoscenza intuitiva acquista un senso specifico, soprattutto nell'Estetica trascendentale che ha per oggetto la dinamica della conoscenza sensibile. Nello specifico, l'intuizione è la facoltà che si riferisce immediatamente agli oggetti, a condizione che tale materia sia data e impressioni in un certo modo lo spirito. Gli oggetti ci sono dati dalla sensibilità "ed essa solo ci fornisce le intuizioni"¹⁴⁹, ma nell'intuire le sensazioni o materia della conoscenza sono ordinate attraverso un elemento formale innato e apriori rispetto all'esperienza (lo spazio e il tempo) che rappresenta l'aspetto puro della facoltà intuitiva.

*"La pura intuizione contiene esclusivamente la forma, in cui alcunché viene intuito [...]. Soltanto le intuizioni pure o concetti puri sono possibili a priori, e gli empirici, soltanto a posteriori. Se noi vogliamo denominare sensibilità la recettività dell'animo nostro nel ricevere rappresentazioni, in quanto viene in qualche maniera impressionato, l'intelletto è invece la facoltà di produrre da sé rappresentazioni [...]. La nostra natura porta con sé che l'intuizione non può mai essere che sensibile, cioè contiene soltanto la maniera in cui noi possiamo essere impressionati dagli oggetti. Invece l'intelletto è la facoltà di pensare l'oggetto dell'intuizione sensibile"*¹⁵⁰.

L'intuizione, in virtù del proprio aspetto formale, non è semplicemente una facoltà recettiva e, tuttavia, nell'intuire non siamo mai puramente attivi poiché essa lavora sempre su una materia già data. Da questa, che è la sensibile, Kant infatti distingue l'intuizione intellettuale che sarebbe propria di un Essere supremo che creasse gli oggetti nell'atto stesso di conoscerli. Per quanto l'intuizione sia ammessa esclusivamente nella sua accezione sensibile, ossia come rappresentazione fenomenica della realtà, essa mantiene pur sempre una posizione gnoseologica preminente nel fornire la base dell'attività del pensiero.

In epoca a noi più vicina, l'intuizione è considerata l'organo fondamentale della conoscenza filosofica da due tra i maggiori pensatori dell'inizio del secolo scorso, Bergson e Husserl, sebbene essa assuma delle accezioni diverse tra loro.

Nella filosofia bergsoniana, la conoscenza intuitiva diventa lo strumento privilegiato del sapere metafisico, con ciò distinguendosi dalla conoscenza concettuale. Quest'ultima è intesa dal filosofo francese come una cognizione che astrae, generalizza, rende uniformi i dati della realtà, e dunque presenta caratteri tali da

¹⁴⁸ B. SPINOZA, *Etica more geometrico demonstrata* (a cura di G.GENTILE, G. RADETTI), Bompiani, Milano, 2007, II, p. 40, II s..

¹⁴⁹ I. KANT, *Critica della ragion Pura* (a cura di C. ESPOSITO), Bompiani Milano, 2004, II, § 1.

¹⁵⁰ *Ivi*, II, *Introduzione*.

impedire l'apprensione della vita concreta in tutta la sua ricchezza¹⁵¹. L'intuizione, viceversa, è innanzitutto una conoscenza immediata, ossia non discorsiva, che ha per oggetto la continuità del divenire, la sua mobilità. In altre parole, come scrive Bergson, "Noi chiamiamo qui intuizione la simpatia con la quale ci si trasferisce all'interno di un oggetto per coincidere con ciò che vi è di unico e, per conseguenza, d'inesprimibile"¹⁵².

L'intuizione coglie quel che la vita ha di più proprio, il suo movimento incessante non riducibile alla conoscenza frammentata ed esteriore propria dell'intelligenza concettuale; ma non bisogna misconoscere che tale modo di apprendere la realtà presuppone una lunga e coscienziosa familiarità ed analisi dell'oggetto di studio per poterne afferrare il principio assoluto.

Nel pensiero di Husserl l'intuizione ha il ruolo fondamentale di cogliere le strutture permanenti dell'esperienza e per questo aspetto può essere accostata a quella platonica. Infatti, l'intuizione è detta da Husserl "intuizione eidetica" in quanto ha per oggetto le essenze o i concetti universali di tutte le cose, e dunque si riferisce a qualcosa di reale pur non essendo empirico. "Un oggetto individuale non è qualcosa di semplicemente individuale, ma, in quanto è in se stesso costituito così e così, possiede come propria caratteristica certi predicati essenziali, che necessariamente gli competono"¹⁵³.

La conoscenza intuitiva consiste dunque in un prendere atto di queste essenze invarianti, prescindendo da tutte le particolarità soggettive ed empiriche dei fenomeni.

Sebbene gli autori menzionati supportano punti di vista differenti e non del tutto sovrapponibili l'uno all'altro, essi convergono nell'enfatizzare il ruolo dell'intuizione nell'attività razionale nelle sue diverse manifestazioni. Le differenze nei modelli filosofici di intuizione riguardano principalmente la natura di ciò che è intuito, ovvero se gli oggetti dell'apprensione intuitiva sono contenuti innati dell'intelletto, o acquisiti attraverso l'esperienza dei sensi, se sono indicativi di principi teoretici o metafisici o ancora di giudizi di esistenza su realtà particolari. In via generale, i prodotti della facoltà intuitiva sono considerati alla stregua di verità certe ed indubitabili, e rappresentano la base dello sviluppo dei processi di ragionamento.

Accanto a questa visione classica dell'intuizione, nella storia del pensiero contemporaneo si è venuta articolando una ulteriore concezione di tale figura conoscitiva che può essere denominata "epistemologica", in quanto direttamente coinvolta nella descrizione della fase della scoperta scientifica intesa come il frutto di una iniziativa mentale caratterizzata da un cogliere rapido ed intuitivo¹⁵⁴.

1.4 L'intuizione nel contesto della scoperta

Secondo la tradizione epistemologica empirista divenuta prevalente a partire dal filosofo inglese Francis Bacon, l'osservazione metodica e neutrale è considerata il

¹⁵¹ S. BLASUCCI, *Il problema dell'intuizione in Cartesio, Kant e Bergson*, Edizioni Levante, Bari, 1979, p. 115.

¹⁵² Cfr. H. BERGSON, *La pensée et le mouvant*, Presses Universitaires de France, Paris, 1970, p. 1395.

¹⁵³ E. HUSSERL, *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, trad. it. a cura di G. ALLINEY, *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, Einaudi, Torino, 1965, I, § 2.

¹⁵⁴ M.F. SCIACCA, op. cit., p. 126.

primum movens della conoscenza¹⁵⁵. L'odierna cultura medica, così fortemente plasmata dalla mentalità delle evidenze empiriche e dalla tecnologia, continua implicitamente a percepire se stessa nell'orizzonte di tale prospettiva epistemica, considerando il ragionamento clinico ed, in particolare, il processo diagnostico come un percorso articolato per lo più sulla base di un acritico modello induttivo¹⁵⁶. Tuttavia, come argomentato, questa visione del ragionamento clinico è una ingenua mistificazione, sia del concreto e dinamico svolgimento del modo di approcciarsi del medico al letto del paziente, sia del ruolo attivo che svolge la sua soggettività nell'impresa conoscitiva.

In ambito filosofico, la prima esposizione pienamente argomentata della critica all'induttivismo è senza dubbio quella articolata dal razionalismo critico di Karl Popper, supportata dalle preziose osservazioni metodologiche enunciate da eminenti studiosi, quali il filosofo e teologo Ernest Naville¹⁵⁷, il fisiologo Claude Bernard¹⁵⁸ e il premio Nobel per la medicina nel 1960 Peter Medawar¹⁵⁹, per citare solo alcuni nomi tra quelli più significativi nel percorso di rivisitazione dell'approccio epistemologico empirista. In questo contesto prende corpo, al contempo, una *pars construens* che annovera tra i suoi aspetti più significativi la rivalutazione di un concetto, quello appunto di intuizione intellettuale, considerato fondamentale per spiegare la fase della scoperta scientifica.

Nei suoi molti lavori finalizzati ad esplorare il problema della conoscenza in generale, della quale l'impresa scientifica è solamente una estensione¹⁶⁰, Popper delinea un più realistico *framework* per spiegare ciò che muove la ricerca nei differenti contesti del sapere. In particolare, egli denuncia i limiti dell'induttivismo baconiano e di una visione della conoscenza come osservazione disinteressata del mondo, sostenendo che l'approccio alla realtà è carico di teoria. Nello specifico, secondo l'Autore, tutte le osservazioni sono condotte da punti di vista, da aspettative con le quali cerchiamo di interpretare la realtà, configurando una concezione gnoseologica piuttosto differente da quella prospettata dall'empirista ingenuo¹⁶¹.

In altre parole, Popper supera il problema dell'induzione mediante una nuova metodologia della conoscenza scientifica la cui struttura essenziale è data dalla

¹⁵⁵ Cfr. F. BACON, *Novum Organum*, trad. it. a cura di M. MARCHETTO, *Nuovo organo*, Bompiani, Milano, 2002.

¹⁵⁶ V. CAGLI, *Come si ragiona in medicina*, op. cit., pp. 20-22. Cfr. D. ANTISERI, M. TIMIO, *La medicina basata sulle evidenze*, op. cit., pp. 83-84.

¹⁵⁷ Cfr. J.E. NAVILLE, *La logique de l'hypothèse*, trad. it. a cura di A. FABRIZIANI, *La logica dell'ipotesi*, Rusconi, Milano, 1989.

¹⁵⁸ Cfr. C. BERNARD, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Feltrinelli, op. cit..

¹⁵⁹ Cfr. P.B. MEDAWAR, *Induction and Intuition in Scientific Thought* [1969], trad. it. a cura di T. VALDI, *Induzione e intuizione nel pensiero scientifico*, Armando, Roma, 1970. P.B. MEDAWAR, *The Art of the Soluble*, trad. it. a cura di A. PIVA, *L'immaginazione scientifica*, De Donato editore, Bari, 1968.

¹⁶⁰ K.R. POPPER, *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*, trad. it. a cura di G. PANICALDI, *Congetture e confutazioni: lo sviluppo della conoscenza scientifica*, Il Mulino, Bologna, 1972, p. 370.

¹⁶¹ Nel descrivere la situazione effettiva del lavoro scientifico rispetto a quanto potrebbe pensare l'empirista ingenuo, Popper afferma che "Costui pensa che si incominci raccogliendo e ordinando le nostre esperienze, e che in questo modo, si salga per la scala della scienza. [...]. Ma se qualcuno mi comanda: «Registra quello che stai sperando ora», molto difficilmente saprò come obbedire a un comando così ambiguo. Devo registrare che sto scrivendo? Che sento un campanello suonare? Uno strillone gridare? [...]. E se anche potessi obbedire al comando, la collezione di asserzioni che posso mettere insieme, per quanto ricca, non potrà mai formare una scienza. Una scienza esige punti di vista, e problemi teorici". Cfr. K.P. POPPER, *The Logic of Scientific Discovery*, trad. it. a cura di M. TRINCHERO, *Logica della scoperta scientifica. Il carattere autocorrettivo della scienza*, Einaudi, Torino, 2010, p. 101.

dialettica tra le ipotesi elaborate nel tentativo di comprendere i fenomeni ed il loro vaglio critico attraverso il ricorso all'esperienza per confutarle. In questa prospettiva, le congetture assumono il ruolo di atti germinali della ricerca, di ciò che sonda l'ignoto con un atto di conoscenza preliminare, ma sbaglia chi considera tali precomprensioni delle certezze apriori poiché possono rivelarsi inadeguate rispetto alla realtà che, per loro tramite, si cerca di conoscere. Qui la riflessione di Popper, nel portare alla luce l'importante funzione metodologica delle ipotesi, coesiste con il tentativo di superare il divario tra la teoria epistemologica e l'effettivo sviluppo della ricerca scientifica, riconoscendo al contempo il contributo attivo che il soggetto fornisce in ogni atto d'osservazione.

A tal proposito, la logica dell'ipotesi delineata da Naville individua le cause del discredito delle congetture nella tradizione del razionalismo e dell'empirismo che, sebbene siano indicativi di due approcci metodologici differenti, poiché l'uno tende a trascurare l'esperienza e l'altro la ragione, *“si trovano d'accordo nell'ignorare la spontaneità del pensiero individuale di cui l'ipotesi è il prodotto”*¹⁶². In altre parole, l'evidenziare il ruolo delle ipotesi nella prassi di ricerca è funzionale a dare coscienza del metodo che si impiega, rendendo al contempo attenti ai suoi abusi, nella misura in cui i principi esplicativi che possono essere scoperti dall'intelletto *“non sono l'espressione immediata né dei fatti né delle leggi a priori del pensiero”*¹⁶³. Come si svilupperà più dappresso nel prosieguo di questo studio, il ruolo dell'atto del supporre afferisce all'apprensione di qualcosa di nascosto ai sensi ma ad esso connesso in un legame di causalità, costituendo una anticipazione che, proprio in quanto tale, necessita di essere valutata nella sua aderenza alla realtà sotto esame. La lezione della logica dell'ipotesi proibisce di dimenticare che le idee nella prassi scientifica, oltre che medica, non sono all'origine che supposizioni, pertanto essa è, prima di tutto *“una lezione di prudenza”*¹⁶⁴.

Al riguardo, l'epistemologia popperiana sviluppa ulteriormente quest'ultimo aspetto del pensiero di Naville. Infatti, l'Autore pur riconoscendo alla generazione intuitiva delle idee un ruolo importante e talora essenziale nella spiegazione della scoperta scientifica, ha per lo più focalizzato la sua attenzione sulle questioni di giustificazione, ossia i metodi e i risultati dell'esaminarle logicamente. Tuttavia, non ha mancato di pronunciarsi, seppur in modo disinvolto, sull'atto del concepire o del far sorgere l'idea, anche se tale operazione si è tradotta di fatto nell'evitarne l'indagine, in quanto esplicitamente demandata al dominio di interesse proprio della psicologia sperimentale¹⁶⁵. Nello specifico della questione, il punto di vista di Popper:

*“è che non esista nessun metodo logico per avere nuove idee, e nessuna ricostruzione logica di questo processo. [...] ogni scoperta contiene un «elemento irrazionale» o «intuizione creativa» nel senso di Bergson”*¹⁶⁶.

Popper considera la fase germinale della ricerca come il frutto di un atto intuitivo, riconoscendo perciò a tale facoltà il ruolo di prezioso strumento per elaborare ipotesi esplicative. Ciononostante, le connotazioni attribuite all'intuizione, nei termini di un

¹⁶² J.E. NAVILLE, *La logica dell'ipotesi*, op. cit., p. 140.

¹⁶³ *Ivi*, p. 146.

¹⁶⁴ *Ivi*, p. 141.

¹⁶⁵ K.P. POPPER, *Logica della scoperta scientifica*, op. cit., p. 10.

¹⁶⁶ *Ivi*, p. 11.

atto irrazionale o mistico di cui non è possibile fornire alcuna spiegazione logica, lasciano intravedere una tensione interna alla gnoseologia popperiana proprio nell'ammettere un elemento insondabile e poco razionale ad origine dell'impresa conoscitiva.

Se questa contraddizione può essere in parte spiegata dalla sottile declinazione empirista del razionalismo critico di Popper, essa è per lo più il frutto di un'indagine epistemologica orientata prevalentemente dalla preoccupazione di far luce sull'atteggiamento dogmatico connesso al problema dell'induzione. In altre parole, nell'opera di Popper non si può disconoscere la presenza di interessanti spunti suscettibili di sviluppi molto più considerevoli di quelli che hanno ottenuto, e che sono rimasti paralizzati dagli intenti stessi della sua ricerca non sempre leale nella tensione al vero¹⁶⁷.

Se Popper è stato più esplicito nell'accostare la fase della generazione dell'ipotesi al dominio intuitivo, Naville sembra esprimersi in modo differente sulla questione, anche se, a ben intendere, dietro ad una apparente sfumatura linguistica si cela un identico contenuto semantico. Secondo l'Autore,

*“La prima condizione personale di ogni ipotesi seria è il genio, cioè la facoltà di scoprire. Questa facoltà esiste in qualche misura in tutti gli uomini; ma, come tutte le altre facoltà, essa è data in modo ineguale.[...]. Il genio non appartiene direttamente alla sfera della volontà; è una facoltà propria dell'individuo e veramente innata; non c'è nessun modo per procurarsi più genio di quanto se ne sia ricevuto per natura, ma ci sono mezzi per utilizzare il genio che si possiede”*¹⁶⁸.

Non è improprio pensare, da questa citazione, che Naville usi il termine genio o facoltà di scoprire in luogo di quello di intuizione poiché lo stesso Autore chiama in causa a supporto della sua argomentazione il filosofo Paul Janet che definì l'uomo di genio *“colui che ha una mente più chiara degli altri, che vede una parte della verità più ampia”*¹⁶⁹. La facoltà intuitiva, innata e spontanea in ogni individuo, è dunque intesa come un vedere con la mente, e il filosofo francese non manca di individuare con profondo acume alcune condizioni essenziali che, se ben coltivate, consentono di mettere a frutto quanto si possiede per natura. Nello specifico tali aspetti, che esemplificano delle autentiche virtù intellettuali, consistono nello studio paziente e laborioso che si oppone alla pigrizia dello spirito, nella libertà della ricerca sia dall'entusiasmo della novità che dalla disposizione servile nei riguardi della

¹⁶⁷ Come si avrà modo di argomentare nell'ultima sezione di questo lavoro, Popper in altre pagine ritorna sul tema delle fonti della conoscenza, asserendo una sorta di innatismo psicologico o genetico che spinge a cercare una qualche regolarità in ciò che osserviamo e che, a sua volta, giustificherebbe la priorità logica delle congetture nei confronti di tutte le esperienze osservative. Per di più, l'Autore stesso afferma esplicitamente che le sue idee sull'induzione hanno tratto origine da una ipotesi sull'evoluzione della polifonia in occidente, ossia attraverso la visione di una analogia tra ambiti conoscitivi distanti tra loro. Questi aspetti del pensiero popperiano, se adeguatamente articolati, forniscono una interessante chiave di lettura della scaturigine originaria nonché della logica del processo intuitivo. Tuttavia, ribadiamo, che secondo l'Autore la principale questione epistemologica “non concerne le fonti; noi piuttosto chiediamo se l'asserzione fatta è vera, cioè se concorda con i fatti”. Cfr. K.P. POPPER, *Congetture e confutazioni*, p. 53. In merito alle idee sulla polifonia si veda K.P. POPPER, *Unended Quest. An Intellectual Autobiography*, trad. it. a cura di D. ANTISERI, *La ricerca non ha fine. Autobiografia intellettuale*, Armando, Roma, 1976, pp. 55-62.

¹⁶⁸ J.E. NAVILLE, *op. cit.*, pp. 198-199.

¹⁶⁹ *Ivi*, p. 198.

consuetudine e soprattutto nella lealtà del pensiero alla verità¹⁷⁰. In ultima analisi, se il genio si presenta con i caratteri della spontaneità, l'esercizio intenzionale di queste condizioni può fornire le basi per una ricerca più adeguata, dal momento che *“non di rado, un uomo non scopre, per mancanza di volontà, ciò che sarebbe capace di scoprire con la sua intelligenza”*¹⁷¹.

Tra gli autori di lingua francese che hanno riconosciuto un ruolo importante all'elemento ipotetico nella ricerca scientifica Naville fa riferimento soprattutto a Claude Bernard la cui opera fondamentale, *Introduzione allo studio della ricerca sperimentale*, è del 1865. Le riflessioni metodologiche di Bernard rappresentano una tappa importante nella delucidazione della fase della scoperta scientifica, soprattutto in ambito medico, anticipando alcuni aspetti dell'arte della ricerca che sino a quel momento non avevano ricevuto la dovuta attenzione da parte del mondo filosofico. Del resto è interessante evidenziare il punto di vista con cui l'Autore si avvicina allo studio del cammino della scienza, vale a dire non seguendo il percorso tracciato da lungo tempo da coloro che lo avevano preceduto, ma gettandosi direttamente attraverso i campi del ragionamento scientifico¹⁷².

Al riguardo, Bernard è alquanto esplicito nell'affermare che l'intuizione è il *primum movens* di ogni ragionamento scientifico e non scientifico, ribadendo che le idee con essa guadagnate sono congetture, ossia punti di partenza da sottoporre al controllo per verificarne la validità¹⁷³. L'Autore si premura anche di precisare alcuni importanti aspetti legati alla facoltà intuitiva, sostanziando la rilevanza del ruolo da essa svolto nell'attività conoscitiva. Bernard si esprime nei seguenti termini:

*“Le idee sperimentali sono tutt'altro che innate. Esse non sorgono mai spontaneamente ma in seguito ad una circostanza o ad uno stimolo esterno [...]; per avere una idea di un fenomeno naturale bisogna innanzi tutto osservare questo fenomeno. Poiché la mente umana non può concepire un effetto senza una causa, la vista di un fenomeno risveglierà sempre in essa una idea di causalità.[...]; la sua apparizione però è del tutto spontanea e la natura di essa dipende dall'individuo che l'ha formulata. [...]. Senza dubbio l'intelligenza è sempre della stessa natura e tutti gli uomini possono avere idee uguali su certi rapporti semplici fra le cose che sono alla portata di tutti. Ma l'intelligenza degli uomini, come i sensi, non ha in tutti la stessa elevatezza né lo stesso acume e ci sono dei rapporti sottili e invisibili che possono essere compresi e messi in luce solo dalle menti più perspicaci, meglio dotate e poste in un ambiente intellettuale stimolante”*¹⁷⁴.

Alla luce di quanto affermato dall'Autore, il contenuto delle intuizioni non è innato né si presenta come arbitrario o fantastico poiché sorge sempre da una base nella realtà obiettiva di cui cerca di cogliere la causa esplicativa, vale a dire quell'insieme di relazioni che tiene insieme il fenomeno e che può essere colto dall'intelligenza

¹⁷⁰ *Ivi*, pp. 199-212.

¹⁷¹ *Ivi*, p. 201.

¹⁷² Cfr. C. BERNARD, *Pensées. Notes détachées*, J.B. Baillière & Fils, Paris, 1937, p. 23. Questo approccio metodologico è stato suggerito anche da Albert Einstein il quale affermò chiaramente che “Se volete capire qualcosa dei metodi usati dai fisici teorici, vi consiglio di rimanere fedeli a questo principio: non ascoltate le loro parole, ma fissate l'attenzione sui loro fatti”. A. EINSTEIN, *On the method of theoretical physics*, in *Philosophy of Science*, 1 (1934), pp. 163-169:163.

¹⁷³ C. BERNARD, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, op. cit., pp. 62-68.

¹⁷⁴ *Ivi*, p. 63-64.

individuale. Al contempo, la facoltà intuitiva è considerata innata e spontanea nel suo modo di apparire alla mente del ricercatore, anche se essa non è sviluppata in ognuno allo stesso modo, consentendo in tutti di attingere a quell'idea chiarificatrice di ciò che si sta indagando. L'intuizione, dunque, sarebbe una caratteristica propria delle menti dotate, purché esse siano poste in un ambiente culturale che incoraggi il loro genio inventivo. Bernard, tuttavia, suggerisce alcuni buoni metodi con cui supportare e usare in modo appropriato la facoltà intuitiva, e tali indicazioni sono tanto più necessarie in virtù della grande complessità e variabilità dei fenomeni biologici che può essere fonte di errori nell'attività conoscitiva¹⁷⁵.

Tra i principi generali che possono fungere da guida per coloro che si dedicano alla ricerca, Bernard sottolinea in particolar modo la libertà di pensiero, associata al dubbio filosofico, che non vuol dire in alcun modo essere scettici. L'Autore, consapevole dei limiti della mente umana così come della complessità dei fenomeni naturali, invita piuttosto ad un approccio conoscitivo prudente che può realizzarsi in un esercizio libero allorquando la mente non rimane irretita in false certezze ma si pone al servizio della verità dei fatti¹⁷⁶.

Il biologo Peter Medawar, nella sua riflessione sulla metodologia scientifica, raccoglie e sviluppa ulteriormente lo schema di pensiero delineato dalla tradizione popperiana e dai suoi preziosi antecedenti, e per illustrare le proprie argomentazioni ricorre spesso proprio ad esemplificazioni tratte dall'ambito medico:

“Chi si reca in una clinica per un esame medico generale (check up) viene sottoposto ad una serie di prove e di osservazioni, e può ritenere d'essere soggetto a un esercizio induttivo. Ciò che in effetti avviene è un insieme di successive valutazioni di probabili ipotesi su ciò che nel suo fisico può essere sano o non sano”¹⁷⁷.

In altre parole, l'anamnesi, l'esame obiettivo, i dati strumentali e di laboratorio sono indubbiamente la base osservativa dell'atto diagnostico, ma la sua struttura è data da una organizzazione teoretica di questi dati alla luce di una veduta che ha la sua scaturigine in un procedimento intuitivo. La conoscenza è dunque spinta in avanti per via alogica, ossia mediante un atto estraneo alla logica ma non contrario ad essa in quanto ogni congettura ha come suo necessario corollario quello di essere sottoposta ad una fase di valutazione critica¹⁷⁸.

Nel contesto di questa sostanziale continuità di intenti con la tradizione critica della metodologia induttiva, Medawar intende aggiungere un elemento di chiarificazione della figura dell'intuizione, andando al cuore di ciò che considera il maggior difetto del modello ipotetico-deduttivo: *“il suo disconoscimento di ogni competenza a parlare dell'atto con cui si ha un'idea”¹⁷⁹*. Al centro di tale obiezione vi è l'incapacità di assumere pienamente la dimensione intuitiva all'interno del discorso epistemologico, conducendo di fatto ad una rinuncia dell'analisi dell'origine della creatività. Medawar fa suoi i tentativi sagaci di alcuni pensatori, tra cui Claude Bernard, di delineare una riflessione metodologica che non indaghi il momento della scoperta esclusivamente in funzione del contesto della giustificazione, unitamente

¹⁷⁵ *Ivi*, p. 65.

¹⁷⁶ *Ivi*, p. 67-68.

¹⁷⁷ P.B. MEDAWAR, *Induzione e intuizione nel pensiero scientifico*, op. cit., p. 74.

¹⁷⁸ *Ivi*, p. 76.

¹⁷⁹ *Ivi*, p. 86.

all'affermazione che lo studio del dominio intuitivo “*va al di là di qualsiasi distinta disciplina, ed esige la cooperazione di molti talenti*”¹⁸⁰, e dunque non soltanto degli psicologi sperimentali.

Se Naville nel 1880 scrisse che la logica dell'ipotesi era ancora da farsi e che il suo primo compito doveva essere quello di riconoscere il ruolo dell'atto del supporre nella costruzione della scienza¹⁸¹, da allora è stata fatta molta strada lungo questo cammino e ancora se ne dovrà fare.

In altre parole, contrariamente all'opinione secondo cui la logica debba occuparsi primariamente del processo della giustificazione delle conoscenze acquisite, occorre ribadire la necessità di sviluppare anche una logica della scoperta e del processo che ne è a fondamento poiché sia la scoperta che l'intuizione ci sono. Come racconta il filosofo della scienza Norwood Hanson:

*“(ad un) distinto scalatore chiamato Mallory veniva spesso chiesto: «Perché scalare l'Everst?». La sua sonora e memorabile risposta era sempre «Perché esso è là!». Alcuni mi chiedono: «Perché angustiarsi per la scoperta?». La mia timida risposta è di solito malloriana; io dico «Perché essa è là!» Un concetto non analizzato è un concetto non noto. Il filosofo che non indaga a fondo il concetto di scoperta non conosce molto di questo dominio rispetto a quanto potrebbe sapere. Ciononostante, nell'evitare tale indagine, la maggior parte dei filosofi della scienza negano implicitamente che il concetto di scoperta possa esistere »*¹⁸².

Ogni impresa conoscitiva su un oggetto specifico nasce perché ci sono forti indizi che fanno pensare che questo qualcosa ci sia. La storia del pensiero mostra chiaramente che c'è una intuizione intellettuale, e questo è sufficiente per giustificare che si debba indagarla in modo adeguato.

1.5 Per una semantica del concetto di intuizione in filosofia

Il tema dell'intuizione nella storia della filosofia è molto vasto e non è questa la sede per poterlo sviluppare in tutta la sua estensione. Tuttavia, ciò che occorre sottolineare è l'alto valore conoscitivo che questa facoltà ha avuto e continua ad avere nell'edificio della cultura occidentale. Non è ingenuo sottolineare questo aspetto soprattutto se consideriamo che tutt'oggi, come conseguenza di un retaggio neopositivistico presente nella concezione della scienza, si tende a relegare l'intuizione alla sfera del soggettivo e del misterioso e dunque ad una visione della stessa come figura gnoseologica poco razionale. La rassegna sviluppata in queste pagine lascia intendere, al contrario, che l'intuizione può essere un utile strumento di comprensione della realtà da investigare, seppur con proprie specificità di cui ora andremo brevemente a riassumere i tratti fondamentali tra quelli maggiormente ricorrenti in letteratura.

- Sebbene la teoresi dell'intuizione presenti caratteri peculiari da pensatore a pensatore, secondo i presupposti gnoseologici della filosofia professata, tutti

¹⁸⁰ *Ivi*, p. 88.

¹⁸¹ J.E. NAVILLE, *op. cit.*, p. 146.

¹⁸² N.R. HANSON, An Anatomy of Discovery, in *The Journal of Philosophy*, 11 (1967), pp. 321-352: 321.

condividono l'idea che l'intuizione svolga un ruolo fondamentale nel costruire un legame conoscitivo della mente con la realtà oggetto di investigazione.

- Mentre le accezioni filosofiche classiche attribuiscono all'intuizione un significato ampio e variegato, al contrario, quelle epistemologiche accordano all'intuizione il ruolo di processo cognitivo circoscritto all'evocazione di una ipotesi esplicativa nel contesto della scoperta.
- L'intuizione è generalmente considerata un momento importante nello sviluppo della razionalità, ossia quello in virtù del quale si illumina la realtà sino a quel momento frammentata e ancora opaca, cogliendone la natura di fondo o il principio.
- L'intuizione è qualificata per lo più come una conoscenza certa e puntuale che non abbisogna di essere dimostrata, anche se nel contesto del razionalismo critico se ne sottolinea piuttosto il carattere congetturale che comporta la necessità che la stessa sia sottoposta ad un controllo razionale ed empirico.
- L'intuizione propriamente detta è considerata una facoltà specifica dell'intelletto e non della sensibilità. In qualità di attitudine, essa è innata e spontanea benché come ogni potenza conoscitiva, l'intuizione va coltivata e sostenuta attraverso un lungo lavoro, sia consapevole ma a volte anche inconscio, di preparazione, di esercizio della mente e delle virtù intellettuali.
- L'intuizione è una conoscenza immediata, ossia realizzante un contatto diretto seppur in senso metaforico con il proprio oggetto, con ciò distinguendosi dal pensiero discorsivo che procede per passaggi intermedi. L'intuizione, tuttavia, non esclude il ragionamento: questo può, infatti, favorirla, svilupparla ulteriormente e controllarne la validità.
- Nello specifico del rapporto tra l'intuizione e l'esperienza sensibile, la storia della filosofia si articola in due principali orientamenti. Il filone platonico attribuisce alla conoscenza sensibile il ruolo di mero innesco del processo intuitivo il quale è piuttosto predisposto dalla riflessione chiusa in se stessa che sfocia in una visione improvvisa dell'essenza del reale. Nel filone aristotelico-tomista, al contrario, si accentua una maggiore continuità tra la conoscenza sensibile e quella intellettuale giacché l'intuizione coglie l'essenza in quanto esistente nelle realtà concrete e particolari.

La semantica tratteggiata non ha come obiettivo quello di rielenare le caratteristiche fondamentali dell'intuizione filosofica, ma di evidenziare un aspetto fondamentale della sua teoresi ad oggi non ancora risolto. Nello specifico, sebbene si tenda a riconoscere all'intuizione il valore di prezioso strumento conoscitivo, essa non sempre rientra a pieno titolo nella trattazione dei processi cognitivi con cui l'essere umano conosce la realtà, e questo aspetto comporta alcuni chiarimenti.

La prima delucidazione da farsi riguarda direttamente l'orientamento della teoresi dell'intuizione, prevalentemente attestata sullo studio di tale figura gnoseologica come oggetto e non come un metodo attraverso cui l'uomo può avanzare nelle proprie conoscenze in modo razionale. Come afferma Paolo Bozzi, "*restiamo ancora ad una assai rispettosa distanza dalla realtà dell'esperienza, che aspetta pazientemente di essere studiata, capita ed in buona parte scoperta*"¹⁸³. In altre parole, per poter comprendere l'intuizione non è sufficiente studiarla in modo libresco, appunto come oggetto, ma ponendosi di fronte ad essa più realisticamente come metodo, ossia considerando le modalità con cui si verifica. Tale approccio, in secondo luogo, comporta l'adozione di una concezione non ideologica dell'intuizione, ovvero una concezione che non sia astratta e dottrinarica, come quella secondo cui l'intuizione sarebbe una cognizione insondabile e dunque tendenzialmente irrazionale. Come suggerisce Cartesio, "*se si vuol stabilire una buona volta qualcosa di saldo e di duraturo nelle scienze, almeno una volta nella vita bisogna distruggere tutto dalle fondamenta, e ricominciare daccapo dai primi fondamenti*"¹⁸⁴. Nel nostro caso ciò che occorre demitizzare è soprattutto l'assunzione che l'unica forma di conoscenza valida sia in ultima analisi quella pienamente esplicitabile e traducibile in termini formali. Vediamo ora in quale misura tale acritica assunzione sia presente in ambito medico, attraverso un *excursus* di come la figura gnoseologica dell'intuizione sia recepita nella pratica clinica.

¹⁸³ P. BOZZI, *Fenomenologia sperimentale*, Il Mulino, Bologna, 1989, p. 273.

¹⁸⁴ R. DESCARTES, *Meditazioni metafisiche. Obbiezioni e risposte* (a cura di E. GARIN), Laterza, Roma-Bari, 2005, I, VII, 17.

2. L'intuizione nella pratica clinica

2.1 Introduzione

Se si guarda la recente ed ampia letteratura sul ragionamento clinico – ricerche scientifiche, teoriche e descrittive, sui processi cognitivi coinvolti nell'attività clinica, studi di fenomenologia della cognizione medica, dissertazioni filosofiche sulla natura del ragionamento clinico, studi di pedagogia medica a supporto dell'insegnamento e miglioramento della performance intellettuale al letto del paziente¹⁸⁵ - si riscontrano costanti riferimenti al concetto di intuizione. Questo suggerisce che tale costrutto epistemico sembra avere un qualche ruolo nell'attività clinica, nello specifico come fonte di ipotesi nel processo diagnostico.

Scopo di questo capitolo è individuare le idee principali che ricorrono nel modo di intendere l'intuizione nella letteratura medica, al fine di poter tracciare le basi di una semantica dell'intuizione clinica, ovvero una interpretazione condivisa di questa figura cognitiva, mettendone in luce l'eventuale fecondità euristica, intesa come capacità di rendere intellegibile il campo di investigazione e, al contempo, i punti di criticità. Se molti, infatti, ritengono che l'intuizione sia una delle componenti essenziali nel ragionamento clinico, diviene allora indispensabile identificare cosa essa sia, vale a dire il ruolo e l'insieme delle caratteristiche che la specificano, distinguendola da altri stili cognitivi.

¹⁸⁵ Si segnalano i seguenti titoli, tra quelli maggiormente significativi: T. PELACCIA, J. TARDIF, E. TRIBY, B. CHARLIN, An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual – process theory, in *Medical Education*, 16 (2011), pp.1-9; P. CROSKERRY, A Universal Model of Diagnostic Reasoning, in *Academic Medicine*, 84 (2009), pp.1022-1028; J. MARCUM, An integrated model of clinical reasoning: dual-processes theory of cognition and metacognition, in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18 (2012), pp. 954-961; J. GROOPMAN, *How Doctors Think* [2008], trad. it., *Come pensano i dottori*, Mondadori, Milano, 2008; L. SANDERS, *Every patient tells a Story. Medical Mysteries and the Art of Diagnosis* [2009], trad. it. a cura di G. Lupi, *Ogni paziente racconta la sua storia. L'arte della diagnosi*, Einaudi, Torino, 2009. H.D. BRAUDE, *Intuition in Medicine. A Philosophical Defense of Clinical Reasoning*, The University Chicago Press, Chicago, London, 2012; E.D. PELLEGRINO, "The anatomy of clinical judgment", in E.D. PELLEGRINO, D.C. THOMASMA (eds), *A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions*, New York, Oxford, Oxford University press, 1981, pp. 119-152, trad. it., "Anatomia del giudizio clinico", in *Sanità, Scienza e Storia*, 1 (1987), pp. 13-14; H.S. BARROW, R.M. TAMBLYN, *Problem-based learning. An approach to medical education*, Springer, New York, 1980; J.P. KASSIRER, Teaching clinical reasoning: case-based and coached, in *Academic Medicine*, 85 (2010), pp. 1118-24.

Occorre sottolineare, in via preliminare, che il concetto di intuizione, sino a tempi più recenti, non è stato oggetto di trattazione sistematica in medicina, sebbene esso si dipani come un filo rosso nelle speculazioni cliniche sin dall'antichità e con alterne vicende. Lo storico della medicina italiano Arturo Castiglioni, nel parlare di un entusiastico recupero nell'età contemporanea di quella che può essere definita una "tendenza neo-ippocratica della medicina", sottolinea che la ripresa di alcuni aspetti fondamentali del pensiero di Ippocrate sia avvenuta non soltanto sul piano deontologico e del metodo, ma anche su quello genuinamente epistemologico¹⁸⁶. Nello specifico, Castiglioni evidenzia che una delle caratteristiche di questa nuova tendenza della medicina è data dal recupero del concetto ippocratico di intuizione che descrive come un momento estremamente importante nell'attività clinica, insieme agli aspetti più analitici del giudizio. Nello specifico, egli ne parla in termini di "*una capacità generale di cogliere in modo rapido l'essenza di un fenomeno o l'importanza di uno dei suoi dettagli, vale a dire quella visione improvvisa alquanto inspiegabile di quel dettaglio determinante di un fenomeno complesso che sovente può sfuggire anche agli occhi di un attento osservatore. [...] Questo tipo di giudizio eminentemente personale e soggettivo, che potrebbe divenire rischioso se non opportunamente controllato, costituisce quella parte dell'attività del medico che lo rende un artista nel senso autentico della parola*"¹⁸⁷.

La nozione di intuizione in medicina si caratterizza dunque, sin dall'inizio, con alcuni connotati specifici, e innanzitutto per la capacità di cogliere l'essenzialità del fenomeno, ossia la causa a partire dalla quale illuminiamo il campo di investigazione, sebbene il processo con cui si giunge a tale risultato è considerato per lo più inspiegabile anche se non in modo assoluto. Infatti, vale la pena anticipare che, qualora tale assunzione sia intesa in senso letterale, verrebbe a cadere a priori ogni genuino tentativo di poter insegnare e migliorare l'uso dell'intuizione nella pratica clinica. La citazione, inoltre, mette in luce la fallibilità dell'intuizione clinica che la distanzia dalla concezione di conoscenza certa e indubitabile, propria della filosofia classica, e l'essere considerata una componente fondamentale dell'aspetto artistico della medicina, nei termini di un giudizio eminentemente personale che, come si dirà, non vuol dire arbitrario.

Ma cosa si intende quando si fa riferimento all'arte della medicina?

Come recita l'Enciclopedia di Bioetica:

*"l'arte della medicina include non solo ciò che è richiesto per la diagnosi fisica e per ristabilire la salute, ma anche l'abilità di applicare le conoscenze generali delle scienze mediche al paziente individuale. Questo ultimo aspetto richiede la conoscenza della particolarità del paziente, il saper modellare la conoscenza e l'esperienza del medico al singolo caso e sviluppare la relazione medico - paziente. Per servire questi fini sono necessarie diverse capacità tra le quali [...], quelle di ben ragionare e prendere decisioni nonché di comunicare in modo efficace"*¹⁸⁸.

In questo contesto, il termine arte non ha attinenza con l'ambito estetico, ma traduce piuttosto la parola greca *tèchne* che significa abilità, non già intesa nei termini

¹⁸⁶ Cfr. A. CASTIGLIONI, Neo-Hippocratic Tendency of Contemporary Medical Thought, in *Medical Life*, 61 (1934), pp. 115-146.

¹⁸⁷ *Ivi*, p. 120-121.

¹⁸⁸ E.J. CASSEL, *Art of Medicine*, op. cit., p. 1674.

di una dote eccezionale ma come un tipo di sapere che può essere insegnato, seppur con modalità proprie.

Con la rivoluzione scientifica moderna, l'arte della medicina viene nettamente distinta dall'aspetto scientifico della medicina, incominciando ad assumere l'accezione negativa di componente soggettiva ed arbitraria, rispetto a quella presumibilmente più oggettiva e rigorosa rappresentata dal sapere scientifico e dalla sua metodologia¹⁸⁹.

In altre parole, nel XX secolo si diffonde l'idea che le abilità personali del medico non siano elementi determinanti per la medicina e che il suo compito sarebbe semplicemente quello di applicare il sapere, attenendosi a procedure rigorose e standardizzate.

In questa prospettiva, la soggettività del medico è del tutto irrilevante, al punto che non vi è alcuna differenza tra un clinico ed un altro, quasi potessero essere interscambiabili.

Come si è avuto modo di argomentare nella prima sezione di questo lavoro, il *medium* principale del conoscere clinico è rappresentato dal medico stesso e l'essere in grado di comprendere quanto le differenze in questo *medium* condizionino l'intero processo del ragionamento clinico continua a rappresentare una sfida per la medicina contemporanea¹⁹⁰. Ciononostante, l'annoso problema dei molti errori commessi in medicina, spesso legati a fattori cognitivi, così come la fama di coloro che hanno una grande abilità diagnostica è una chiara evidenza che vi sono medici più efficienti di altri nell'esercitare la propria professione di cura.

Tuttavia, anche nel voler affermare che l'aspetto artistico della medicina sia subordinato a quello scientifico, come scrive Gadamer, spetta sempre al medico di *“trovare il rimedio giusto per ogni singolo caso, dopo che la scienza ha messo nelle sue mani le leggi generali, i meccanismi e le regole”*¹⁹¹.

L'atto clinico non può dunque essere definito nei termini di un mero processo deduttivo: piuttosto esso è il frutto di un delicato equilibrio, quasi artistico, nel quale le capacità personali del medico hanno una profonda incidenza.

Il concetto di intuizione, come parte integrante dell'aspetto artistico della medicina, ne ha seguito nel tempo la perdita di rilevanza, a maggior ragione se consideriamo che tale costrutto epistemico appare piuttosto sfuggente ad essere formalizzato in una chiara ed esplicita definizione. Tuttavia, coloro che in tempi recenti ne hanno sostenuto ed articolato il valore per la pratica clinica non hanno mancato di supportare le proprie tesi con una sfida epistemologica alla temperie culturale neopositivista ancora dominante nella letteratura medica.

A titolo esemplificativo, Alvin Feinstein nella sua nota analisi del giudizio clinico, dopo aver ribadito che la medicina è un misto di scienza ed arte, senza che a quest'ultima etichetta debba essere attribuita una connotazione negativa, afferma esplicitamente che a rendere un pittore un artista o un clinico uno scienziato non è semplicemente l'ambiente in cui lavora. Ogni atto creativo, sia artistico che scientifico, deve essere concepito, progettato ed eseguito con l'intuizione e la razionalità. Infatti, *“senza intuizione, immaginazione o estetica lo scienziato sarebbe una persona ottusa; senza razionalità, la disciplina o logica l'artista non farebbe altro che sprecare il proprio*

¹⁸⁹ *Ibidem*.

¹⁹⁰ R. TATARELLI, E. DE PISA, P. GIRARDI (a cura di), *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano, 1998, p. 41.

¹⁹¹ H.G. GADAMER, *op. cit.*, p. 106.

tempo”¹⁹². Nelle parole di Feinstein è possibile cogliere una sottile vena critica nei confronti di coloro che sono riluttanti ad usare il termine intuizione perché “essi sentono che ciò è incompatibile col concetto che hanno di se stessi, come «uomini che badano ai fatti» e ai rigorosi giudizi induttivi”¹⁹³. Al riguardo, l'autore non solo crede che sarebbe non scientifico misconoscere o escludere l'intuizione dal giudizio clinico, ma ribadisce esplicitamente che nonostante lo sviluppo di tecniche diagnostiche e studi statistici sempre più mirati, il singolo medico con il suo tacito *background* dovrebbe continuare ad essere l'elemento basilare della valutazione in medicina. Infatti, Feinstein afferma che il medico nell'affidarsi eccessivamente a tali metodiche tende a non riconoscere adeguatamente il proprio ruolo di “*unique and powerful piece of scientific equipment*”, perdendo di vista di conseguenza la possibilità di essere consapevole di quegli aspetti fondamentali – per lo più taciti - che entrano in gioco quando il medico pensa ed opera al letto del paziente¹⁹⁴. La teoria del giudizio clinico delineata da Feinstein, sebbene sia di indubbio interesse nel rilevare l'azione reciproca tra gli aspetti informali o intuitivi del ragionamento e quelli logici o formali, non ha ricevuto la dovuta attenzione nella recente letteratura medica, principalmente a causa dell'influente modello epistemologico della *Evidence Based Medicine*.

Tale approccio metodologico, malgrado le istanze di valutazione critica e di integrazione che lo caratterizzano sin dal suo sorgere, nel tempo ha incoraggiato il tentativo di promuovere un modello cognitivo che lascia ben poco spazio alla dimensione intuitiva. Infatti, se si crede che il focus primario dell'agire clinico sia dato dalle migliori evidenze, identificate esclusivamente con ciò che è quantificabile e ben definibile, ne consegue che tutti quei concetti che sfuggono ad una precisa misurazione ed esplicitazione finiscono per divenire sospetti oltre che poco importanti.

Al riguardo, sebbene i proponenti dell'EBM riconoscano che l'intuizione sia uno degli aspetti essenziali della competenza del medico, non è raro che nel parlarne facciano appello a descrizioni alquanto vaghe e connotate da sfumature mistiche che lasciano piuttosto trasparire una chiara diffidenza nei confronti di tale dimensione cognitiva¹⁹⁵.

In questa prospettiva, non stupisce se il manifesto proposto dall' Evidence-Based Medicine Working Group dichiara sin dalle prime righe di voler de-enfatizzare la dimensione intuitiva quale base sufficiente del processo decisionale, promuovendo piuttosto l'elaborazione di regole esplicite ed universali volte a valutare l'applicazione dei risultati dei trials clinici al letto del paziente¹⁹⁶.

Ancora più ambigua è la posizione di Edmund Pellegrino che ha finito per disattendere esplicitamente, da un punto di vista epistemologico, la sua dichiarata intenzione di esaminare più accuratamente i processi coinvolti nel ragionamento

¹⁹² A.R. FEINSTEIN, *Clinical Judgment*, The Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967, p. 295.

¹⁹³ P.B. MEDAWAR, *Induzione e intuizione nel pensiero scientifico*, op. cit., p. 86.

¹⁹⁴ A.R. FEINSTEIN, op. cit. p. 53.

¹⁹⁵ Cfr. EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP, *Evidence-Based Medicine. A New Approach to Teaching the Practice of Medicine*, in *JAMA*, 268 (1992), pp. 2420-2425: 2423. È significativo che gli autori nel contestare coloro che sembrano accusare l'EBM di ignorare l'intuizione clinica si limitino da un lato a riconoscere l'esistenza di “clinici eccezionali che hanno un dono per la diagnosi intuitiva, un talento per le osservazioni accurate e un eccellente giudizio nel prendere decisioni difficili”. Dall'altro, essi de-enfatizzano queste doti nel momento in cui affermano che il loro valore educativo sarebbe maggiore se chi le possedesse fosse in grado di tradurle in indicazioni sistematiche e riproducibili.

¹⁹⁶ *Ivi*, p. 2420.

clinico e nelle fasi decisionali in medicina¹⁹⁷. Infatti, l'Autore ha chiuso l'intuizione fuori dalla porta della sua investigazione, nonostante questa fornisca una chiave di lettura per poter realmente comprendere come il medico pensa ed opera nella pratica clinica. Nello specifico, Pellegrino, muovendo da una ingenua visione dell'intuizione come qualcosa di misterioso ed arbitrario, come sembra suggerire Michael Polanyi nell'asserire che la conoscenza scientifica non è mai completamente esplicita, ha lavorato per "*ridurre al minimo il residuo di elementi indefinibili presenti in ogni passo del procedimento che conduce all'azione clinica*"¹⁹⁸, e nel fare ciò ha fallito nel comprendere la funzione che l'intuizione svolge in ogni ambito conoscitivo, come componente tacita. L'arte della medicina, insiste l'Autore, non deve essere accostata ad "*un presunto lume intellettuale posseduto in modo speciale dai clinici*", ma dovrebbe piuttosto riferirsi al "*livello di perfezione che ogni clinico dimostra [...] nel lavoro fatto*"¹⁹⁹.

Nel prosieguo di questo capitolo si avrà modo di approfondire l'approccio epistemologico di Polanyi, ma occorre per lo meno sottolineare che se il ragionamento clinico non può essere assegnato a costrutti teorici dalla presunta natura mistica, e da questo punto di vista la cautela di Pellegrino è sicuramente giustificata, allo stesso tempo l'aver attribuito all'intuizione tali caratteristiche è piuttosto il frutto di una lettura epistemologica non adeguata della natura e della funzione dei processi non analitici nel ragionamento clinico, dimenticando la preziosa ammonizione aristotelica di adattare il metodo d'indagine alla natura dell'oggetto investigato.

A questo proposito, il ruolo dell'intuizione nelle teorie del giudizio e del processo decisionale ha trovato una più chiara formulazione nell'ambito della cosiddetta "Teoria del processo duale di pensiero" (*Dual Process Theory* – DPT). Questo approccio teorico – sperimentale multidisciplinare ha supportato lo sviluppo di studi specifici anche nell'ambito della cognizione medica, contribuendo a fornire una visione più ampia e sistematica dei processi cognitivi che intervengono nel ragionamento clinico.

2.2 L'intuizione clinica secondo la *Dual Process Theory*

L'idea che la mente umana sia caratterizzata da due principali modalità di ragionare ha origini molto antiche ed è ampiamente diffusa sia in ambito filosofico che psicologico. Probabilmente la più nota testimonianza è fornita da Platone che distingue, nella sfera della conoscenza razionale, la *diánoia*, o ragione discorsiva ed inferenziale, dalla *nóesis* o intelligenza intuitiva e immediata. In campo psicologico molto influente è invece la dicotomia, introdotta da Jerome Bruner, tra pensiero ragionativo e pensiero intuitivo, indicativi attraverso la metafora della mano destra e della mano sinistra, rispettivamente dell'ordine e della creatività. Queste due sfere cognitive si completano a vicenda, seppur nella loro diversità processuale. Bruner, infatti, spiega che:

¹⁹⁷ Cfr. E.D. PELLEGRINO, *Anatomia del giudizio clinico*, op. cit. Si veda anche E.D. PELLEGRINO, The healing relationship: the architectonics of clinical medicine, in *Philosophy and Medicine*, 14 (1983), pp. 153-172.

¹⁹⁸ *Ivi*, p. 143.

¹⁹⁹ E.D. PELLEGRINO, *Anatomia del giudizio clinico*, p. 29.

“La caratteristica peculiare del pensiero analitico è di procedere un passo alla volta. Ogni tappa è individuabile e colui che pensa può comunicarla in modo adeguato ad un'altra persona. Tale pensiero procede con la quasi completa padronanza delle informazioni e delle operazioni coinvolte. [...]. Invece la caratteristica fondamentale del pensiero intuitivo non consiste nel procedere in base ad un piano organizzato e preciso [...] colui che pensa giunge ad una risposta - giusta o sbagliata che sia - pur essendo completamente, o quasi, all'oscuro dei processi che lo hanno portato alla soluzione”²⁰⁰.

Dagli anni settanta del secolo scorso, queste due diverse modalità di funzionamento cognitivo, recensite in ambito psicologico con diverse espressioni²⁰¹, sono state analizzate e sistematizzate alla luce di un'ampia varietà di ricerche, sia teoriche che sperimentali, volte ad esplorare l'idea che l'attività mentale nei suoi vari aspetti sia caratterizzata da una essenziale dualità²⁰². L'espressione *Dual Process Theory* (DPT) è stata dunque introdotta come un cappello concettuale onnicomprensivo di tutti quegli approcci duali alla cognizione umana che, pur nelle differenti prospettive disciplinari, concordano nell'individuare due principali modalità di elaborazione delle informazioni per un dato compito, supportate da procedure differenti e con il conseguimento di risultati a volte tra loro diversi se non addirittura contrastanti²⁰³.

Le due tipologie di processi cognitivi sono state più comunemente descritte in letteratura attraverso l'uso dei termini “*Sistema 1* e *Sistema 2*”, introdotti da Keith Stanovich²⁰⁴; tuttavia, oggi si preferisce non indugiare su tale terminologia o, nel farlo, si ricorre ad essa come sinonimo per indicare le due distinte tipologie cognitive e non per suggerire che queste siano alla base di due menti o sistemi neurologici, come specifica il recente glossario proposto dallo stesso Stanovich, insieme con Jonathan Evans, uno dei principali promotori della DPT e riassunto nella **Tabella 1** di seguito riportata ²⁰⁵.

Con riguardo alle tipologie di processi che intervengono nell'attività del ragionamento, il *Sistema 1* è generalmente descritto come intuitivo, tacito ed esperienziale, caratterizzato da processi cognitivi associativi, simili a quelli prodotti dai network neurali. Il *Sistema 1*, in linea di massima, produce risposte olistiche in modo rapido ed automatico, vale a dire in apparenza senza alcuno sforzo cognitivo e con soglie minime di consapevolezza di come a quelle si è giunto, mentre il suo risultato finale viene registrato dal soggetto in modo consapevole²⁰⁶. Infine, esso è in grado di

²⁰⁰ J.S. BRUNER, *The process of education*, trad. it. a cura di A. ARMANDO, *Dopo Dewey. Il processo di apprendimento nelle due culture*, Armando, Roma, 1964, pp. 57-58.

²⁰¹ Per una breve rassegna della varietà terminologica che accompagna la descrizione della dualità del pensiero in ambito psicologico cfr. U. NEISSER, The multiplicity of thought, in *British Journal of Psychology*, 54 (1963), pp. 1-14.

²⁰² Cfr. P.C. WASON, J.St.B.T. EVANS, Dual processes in reasoning?, in *Cognition*, 3 (1975), 141-145; J.St.B.T. EVANS, *Bias in human reasoning: Causes and consequences*, Erlbaum, Brighton, England, 1989.

²⁰³ K. FRANJISH, J.St.B.T. EVANS, The duality of mind: An historical perspective, in J.St.B.T. EVANS, K. FRANJISH (eds.), *In two minds: Dual processes and beyond*, Oxford University Press, Oxford, England, pp. 1-30:1.

²⁰⁴ Cfr. E. STANOVICH, *Who is rational? Studies of individual differences in reasoning*, Erlbaum, Mahwah, NJ, 1999.

²⁰⁵ J.St.B.T. EVANS, E. STANOVICH, Dual – Process Theories of Higher Cognition: Advancing the Debate, in *Perspectives on Psychological Sciences*, 8 (2013), pp. 223-241:224-225.

²⁰⁶ J.St.B.T. EVANS, In two minds: dual-processes accounts of reasoning, in *TRENDS in Cognitive Sciences*, 7 (2003), pp. 454-459:454. Cfr., anche, S. EPSTEIN, Integration of the cognitive and

utilizzare un'ampia gamma di informazioni in virtù delle quali è possibile connettere la situazione investigata con passate esperienze attraverso un riconoscimento di similarità²⁰⁷.

Tabella 1 Glossario dei termini principali delle *Dual-Process Theories*

Termine	Definizione
Processi duali	L'ipotesi proposta da diversi teorici secondo la quale le attività cognitive evocano due modalità di processare le informazioni che contribuiscono a determinare la condotta finale.
Tipi duali	Terminologia che sottintende la differenza qualitativa esistente tra i processi duali. I processi denominati di <i>Tipo 1</i> sono generalmente intuitivi e quelli di <i>Tipo 2</i> , diversamente, sono riflessivi.
Sistemi duali	In letteratura è frequente l'utilizzo dei termini <i>Sistema 1</i> e <i>Sistema 2</i> per fare riferimento alla distinzione tra i processi cognitivi denominati rispettivamente <i>Tipo 1</i> e <i>Tipo 2</i> . Attualmente, i teorici nel campo preferiscono evitare l'utilizzo di tale terminologia sistemica poiché essa sembra (erroneamente) prospettare che le due tipologie di processi risultano localizzate in due sistemi cognitivi o neurologici specifici.

In merito al *Sistema 2*, i teorici della DPT sono generalmente concordi nel ritenere che sia frutto di uno sviluppo evolutivo più recente e che sia tipico della natura umana²⁰⁸. Tale *Sistema* è generalmente descritto come analitico, deliberato e razionale, ed è basato su un'attiva raccolta di ulteriori informazioni e sull'applicazione consapevole di regole acquisite attraverso l'apprendimento²⁰⁹. Esso pertanto è caratterizzato da modalità operative, sequenziali ed esplicite e, come tale, è considerato più lento rispetto al *Sistema 1*. A titolo esemplificativo, posti di fronte ad un compito decisionale, si potrebbe scegliere di agire sulla base di passate esperienze, ricorrendo dunque a modalità cognitive che richiedono un minore sforzo mentale, oppure si potrebbe scegliere di simulare alcune possibilità future, delle quali vengono valutate i rispettivi rischi e benefici, e tale percorso mentale più analitico richiede sicuramente un maggiore sforzo cognitivo ed impiego temporale²¹⁰.

L'approccio teorico - sperimentale dei processi duali, negli ultimi decenni, è stato utilizzato come modello descrittivo ed euristico anche nell'ambito delle ricerche sul ragionamento clinico, contribuendo a far luce su molti aspetti della *performance*

psychodynamic unconscious, in *American Psychologist*, 49 (1994), pp. 709-724; R.H. HOGARTH, *Educating intuition*, University of Chicago Press, Chicago, 2001.

²⁰⁷ H. HOGARTH, *op. cit.*, pp. 36-37.

²⁰⁸ J.St.B.T. EVANS, In two minds: dual-processes accounts of reasoning, *op. cit.*, p. 454.

²⁰⁹ D. KAHNEMAN, A Perspective on Judgment and Choice, in *American Psychologist*, 58 (2003), pp. 697-720: 698-699.

²¹⁰ J.St.B.T. EVANS, In two minds: dual-processes accounts of reasoning, *op.cit.*, p. 454.

intellettuale del medico e sulle modalità con cui la stessa può essere supportata dal punto di vista educativo. A questo proposito, lo studio di Thierry Pelaccia e colleghi²¹¹ fornisce una disamina ampia e significativa del ruolo che la *Dual Process Theory* svolge nel comprendere l'architettura cognitiva del modo di pensare e operare del medico al letto del paziente.

Secondo i sostenitori della DPT, il ragionamento clinico è descritto come un processo complesso e multidimensionale che coinvolge sia *il sistema cognitivo non analitico*, per lo più intuitivo ed euristico, sia *il sistema cognitivo analitico*, essenzialmente basato sul modello ipotetico - deduttivo e iterativo²¹².

Il sistema intuitivo è molto frequente nella pratica clinica, soprattutto nelle fasi iniziali del processo diagnostico nelle quali il medico, a partire dalle prime osservazioni multisensoriali, genera in modo pressoché immediato ed automatico un'ipotesi diagnostica. Questo sistema è favorito in caso di presentazioni cliniche tipiche o familiari, tali da innescare un processo euristico che si avvale di un corto circuito tra le caratteristiche della situazione investigata e le conoscenze cliniche in memoria, senza passare per stadi intermedi e dunque senza apparente sforzo mentale²¹³.

Questa modalità olistica di processare le informazioni è nota in letteratura con l'espressione *pattern recognition* (letteralmente, riconoscimento di un modello di malattia) e rappresenta "la forma più comune di ragionamento non analitico o intuitivo"²¹⁴.

Tuttavia, quando nessuna ipotesi diagnostica, tra quelle evocate nei primi momenti della consultazione clinica, si rivela più pertinente alla situazione investigata, si attiva nella mente del medico un processo analitico, più lento ed articolato, nel quale le ipotesi sono sottoposte al controllo razionale ed empirico (interrogando nuovamente il paziente, ricorrendo all'esame diretto e indiretto, cercando le evidenze disponibili in letteratura, ecc..) al fine di scartare o corroborare soluzioni tra loro concorrenti che sono state generate non analiticamente²¹⁵.

Il sistema analitico riveste dunque un ruolo importante nel rinforzare o escludere le ipotesi iniziali nel processo che conduce dalla diagnosi differenziale all'elaborazione di una diagnosi di lavoro, in vista delle decisioni cliniche su come meglio procedere dal punto di vista terapeutico. I processi analitici, proprio in virtù della loro funzione di controllo e per il maggiore rigore metodologico associato all'essere basati su regole astratte e sulla logica nonché su una ricerca ed analisi sistematica e iterativa di informazioni, sono ampiamente utilizzati sia dai medici esperti che da quelli esordienti, al punto da essere considerati in letteratura, "la forma più comune e generale di ragionamento clinico"²¹⁶.

²¹¹ Cfr. T. PELACCIA, J. TARDIF, E. TRIBY, B. CHARLIN, An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual - process theory, in *Medical Education*, 16 (2011), pp.1-9.

²¹² Cfr. L. PAGLIARO, M. BOBBIO, A. COLLI, *La diagnosi in medicina. Storia, strumenti, scenari e incertezze nell'incontro tra paziente e medico*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011, p. 89-90.

²¹³ Cfr. *ivi*, p. 100.

²¹⁴ T. PELACCIA et all., *op. cit.*, p. 3.

²¹⁵ *Ibidem*. È interessante riportare quanto dicono Pagliaro e colleghi in merito al ragionamento analitico, affermando che, nel suo essere iterativo, esige "un repertorio di conoscenze cliniche e di base che nel riconoscimento non analitico di malattia restano incapsulate a livello inconscio. Le conoscenze incapsulate che vengono richiamate consciamente e intenzionalmente dalla memoria *long term* riguardano più spesso i sintomi, i segni e i dati di laboratorio e d'immagine delle malattie compatibili con la presentazione clinica". Cfr. L. PAGLIARO, *op. cit.*, p. 103.

²¹⁶ *Ibidem*.

Tuttavia, secondo il modello della DPT, le due tipologie di processi cognitivi non si escludono mutuamente né vi è tra esse una discreta separazione con una tendente preferenza verso il sistema analitico. Infatti, le due forme di ragionamento sono spesso associate nello stesso caso clinico investigato, e come tale entrambe contribuiscono verso le decisioni finali che, di fatto, sono il frutto di una continua interazione tra i due sistemi. Ad esempio, si può riconoscere inizialmente una malattia per intuizione, ma poi si ricorre ad un ragionamento analitico per precisare la diagnosi (stadio, severità, ecc.) e decidere sulla terapia, o per verificare una precedente diagnosi euristica, qualora presenti delle incertezze²¹⁷. Il sistema intuitivo, a sua volta, può anche subentrare in fasi avanzate del percorso diagnostico ad integrazione di un ragionamento analitico, allorquando, nel corso di una ricerca sequenziale di dati e conoscenze, una particolare combinazione di segni e sintomi può innescare un riconoscimento di malattia, come accade nello scenario che segue²¹⁸:

SCENARIO n. 3

Giovane obeso viene ricoverato per dolore addominale e alvo chiuso. Il dolore è molto diffuso, con rare emissioni di minime quantità di feci, senza sangue. Al quarto giorno di ricovero, la presenza alla radiografia dell'addome di anse intestinali dilatate inducono a eseguire una laparotomia esplorativa che risulta negativa, con l'eccezione di "ematomi parietali" sulle anse del tenue, interpretati come "sospetta vasculite segmentaria". Dopo qualche giorno dall'intervento, al ripresentarsi dei sintomi, il paziente è trasferito in un ospedale di riferimento. I medici ai quali è affidato avviano un ragionamento analitico: rivedono le ipotesi plausibili di dolore addominale acuto, scartano quelle già escluse dalla laparotomia negativa e dai più recenti test d'immagine, e avviano la ricerca di possibili cause di vasculite, prescrivendo una serie di test e cercando risposte nella letteratura scientifica, anche se senza successo. Nell'attesa dei risultati, nella mente di uno dei medici emerge l'ipotesi di porfiria acuta intermittente, rafforzata dai dati già disponibili (laparotomia e test d'immagine entrambi negativi, dieta ipocalorica che il paziente seguiva nelle settimane precedenti l'attacco addominale, febbre acuta) e confermata a posteriori a seguito di ulteriori indagini (test negativi di ipotetica vasculite, positività del porfobilinogeno urinario). L'elemento decisivo per la diagnosi è stato la stretta somiglianza della presentazione clinica del paziente con le caratteristiche di un precedente caso di porfiria acuta intermittente che quel medico aveva diagnosticato venti anni addietro.

Questo scenario è un chiaro esempio di intuizione che si introduce in un ragionamento analitico sino a quel momento non ancora conclusivo e, allo stesso tempo, aiuta a comprendere alcuni meccanismi essenziali per l'innescamento dell'intuizione clinica. Innanzitutto, l'importanza dell'esperienza (conoscenza di precedenti presentazioni cliniche di porfiria acuta intermittente), l'introduzione di dettagli anamnestici e clinici apparentemente minori (la dieta ipocalorica precedente il dolore,

²¹⁷ L. PAGLIARO, *op. cit.*, p. 99.

²¹⁸ *Ivi*, 119-120, riadattato.

la lunga e severa durata del dolore addominale, con prolungato alvo chiuso, ma con test di laboratorio e d'immagine negativi), l'attenta ponderazione delle informazioni disponibili con riguardo alla presentazione della malattia (la laparotomia negativa con la diagnosi poco convincente di vasculite segmentaria) e l'affiorare improvviso alla coscienza dell'ipotesi di porfiria acuta intermittente²¹⁹. Inoltre, da un punto di vista filosofico, non meno importante è l'evidenziare lo sfondo platonico di questo caso, risolto grazie ad una preziosa intuizione rammemorativa.

La complementarità tra i due Sistemi sostenuti dalla DPT fornisce inoltre una lettura differente nei confronti della presunta inaffidabilità della dimensione intuitiva in medicina. Al riguardo, le soluzioni erranee frutto di un processo intuitivo possono essere ricondotte sia ad intuizioni non corrette sia a disfunzioni nella fase del controllo delle ipotesi da parte del sistema analitico. D'altro canto, gli errori verificatisi durante un processo analitico possono essere causati sia da una attuazione non adeguata di alcune delle sue fasi sia dalla inabilità del sistema intuitivo di generare ipotesi diagnostiche subitane e rilevanti.

Nello specifico dei fattori che possono influenzare la correttezza delle risposte intuitive, la DPT sottolinea, in particolar modo, il ruolo svolto dalla dimensione affettiva del medico, dalla natura delle informazioni utilizzate e dal contesto in cui esse sono evocate. In merito alla dimensione affettiva, che evidenzia⁸ l'impossibilità di considerare il ragionamento clinico come un processo esclusivamente oggettivo ed imparziale, l'affidabilità dell'intuizione è spesso associata alla condizione emotiva del medico, vale a dire la simpatia o l'antipatia, l'atteggiamento positivo o negativo che egli può nutrire verso le condizioni psicologiche e sociali di un determinato paziente nonché la tensione che lo stesso può provare in determinate situazioni con rilevanti conseguenze in termini di influenza sulle valutazioni cliniche e le azioni che ne derivano²²⁰. I processi cognitivi e le emozioni sono dunque inseparabili e, pertanto, il comprendere quanto gli errori di pensiero possano spesso dipendere dalle condizioni emotive del medico dovrebbe avere la dovuta attenzione all'interno del percorso formativo del futuro clinico.

Un'ulteriore prospettiva attraverso la quale considerare la fallibilità dell'intuizione è rappresentata dall'influenza del contesto, inteso sia come fonte di informazioni utilizzate nella cognizione intuitiva sia come ambiente generale nel quale essa si sviluppa.

Al riguardo, il processo intuitivo è caratterizzato da una accentuata sensibilità nei confronti del contesto, soprattutto se consideriamo che il riconoscimento di un modello di malattia dipende molto da una adeguata valutazione degli indizi contestuali, vale a dire dal saper distinguere i segni specifici o significativi da quelli che rappresentano delle "interferenze di fondo" o che possono far riferimento ad altre patologie che si sovrappongono a quella investigata, pur non adattandosi ad essa²²¹. In altre parole, l'utilizzo di informazioni irrilevanti, la stima non adeguata di un particolare o l'attribuzione di una valenza eccessiva a elementi contestuali può condurre ad erranee intuizioni. A tal proposito, nel modello della DPT è centrale la nozione che i processi taciti o intuitivi costantemente migliorano ed ampliano i propri

²¹⁹ *Ivi*, p. 120.

²²⁰ J. GROOPMAN, *op. cit.*, pp. 10, 46.

²²¹ P. COSKERRY, Context is everything or how could I have been that stupid?, in *Healthcare Quarterly*, 12 (2009), pp. 171-177: 172-173.

risultati e dunque l'affidabilità attraverso i feedback che il medico riceve dall'ambiente in cui opera (*working environment*). Ciò induce a considerare le risposte intuitive che il medico elabora con rapidità sin dalle prime fasi dell'incontro clinico come ipotesi, e non come soluzioni definitive, che pertanto devono essere sottoposte a verifica prima di agire sulla base delle loro direttive. In generale, il sistema deliberato può fornire un utile contributo nel migliorare notevolmente il sistema tacito, sviluppando l'habitus di ricercare feedback volti a "raffinare" le risposte prodotte attraverso un processo intuitivo²²².

2.3 La teoria della conoscenza tacita in medicina

I processi cognitivi non analitici sono spesso descritti nei termini di una conoscenza tacita. Questa espressione è stata coniata dall'epistemologo ungherese Michael Polanyi il cui approccio gnoseologico, non estraneo dal riconoscere l'aspetto euristico insito in ogni atto conoscitivo, è tanto più significativo se si considera nel dovuto conto che la sua formazione è stata di carattere prevalentemente scientifica²²³.

La sua riflessione sulla conoscenza umana, come emerge dal titolo stesso dell'opera maggiore di Polanyi, "*La conoscenza personale: verso una filosofia post - critica*", si pone in aperta polemica sia nei confronti dell'epistemologia neopositivista che degli esiti critici del razionalismo popperiano. Infatti, contro l'illusorio ideale del pensiero critico di matrice empirista di voler "*costruire una conoscenza assai ben distinta ed oggettiva*"²²⁴, l'Autore delinea una concezione della scienza come un'impresa conoscitiva assolutamente personale.

Tale qualifica non significa che il conoscere sia un'esperienza arbitraria, ma un atto realizzante un sapere che: "*include una valutazione, e questo coefficiente personale, che plasma ogni conoscenza fattuale, colma, nel far questo, il vuoto tra la soggettività e l'oggettività. Esso [l'atto del conoscere] comporta la tesi che l'uomo può trascendere la propria soggettività proprio mentre cerca appassionatamente di soddisfare i suoi obblighi personali verso criteri universal*"²²⁵.

In altre parole, l'attività conoscitiva non può in nessun caso essere impersonale o scevra del ruolo attivo del soggetto e delle sue istanze tacite; allo stesso tempo, essa non rinuncia a realizzare un conoscere oggettivo, nel senso che stabilisce un vero e proprio contatto con la realtà che, pur preesistente, nella sua intelligibilità sprona sempre il soggetto ad una responsabile interrogazione.

In questo scenario personalista, Polanyi elabora la tesi della conoscenza tacita secondo la quale nessun atto conoscitivo è o può essere pienamente esprimibile e definibile. C'è sempre nel percorso conoscitivo un sapere tacito, pre-verbale, silenzioso

²²² Cfr. R.M. HOGART, *Deciding analytically or trusting your intuition? The advantages and disadvantages of analytic and intuitive thought*, in T. BETSCH, S. HABERSTROH (eds), *Routines of decision making*, Erlbaum, Mahwah (NJ), 2005, pp. 67-82: 79; Cfr. R.M. HOGART, *Educating intuition*, op. cit., 2001, p. 208.

²²³ Cfr. P. MANGANARO, *Il realismo filosofico. Nuove prospettive nel pensiero anglo - americano*, Aracne, Roma, 1996, p.110. Polanyi, sociologo ed epistemologo ungherese, dopo aver studiato chimica a Budapest e a Berlino, ha ottenuto nel 1933 la cattedra di Chimica-Fisica presso l'Università di Manchester; nel 1948 nella stessa Università ottenne la cattedra di Scienze sociali.

²²⁴ M. POLANYI, *Knowing and Being: essays*, trad. it. a cura di A. ROSSI, *Conoscere ed essere: saggi*, Armando, Roma, 1988, p. 36.

²²⁵ M. POLANYI, *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy*, trad. it. a cura di E. RIVERSO, *La conoscenza personale: verso una filosofia post-critica*, Rusconi, Milano, 1990, p. 93.

che dà forma e significato a tutta la conoscenza espressa. L'autore stesso ci fornisce nei suoi testi alcuni esempi di conoscenza tacita, quando fa riferimento alla capacità di riconoscere la fisionomia di una persona, senza riuscire ad esprimere pienamente le ragioni di una tale percezione. Al riguardo, l'assunto fondamentale di Polanyi è che noi possiamo conoscere molto di più di ciò che possiamo esprimere con le parole²²⁶, e questo di più della conoscenza ne rappresenta, al contempo, la dimensione più originaria.

Senonché Polanyi, nell'articolare la teoria della conoscenza tacita con particolare attenzione al momento della scoperta nell'impresa scientifica, si avvale del riferimento diretto ad una specie di apprensione intuitiva. L'Autore, infatti, afferma che la conoscenza inespressa "*consiste nella vaga intuizione di qualcosa di nascosto nella cui direzione punta il nostro interesse; la scoperta che pone termine e soddisfa questo obiettivo risulta ancora confermata dalla medesima visione*"²²⁷. La mente umana ha dunque una capacità di intuire che le permette di anticipare, di supporre una realtà che, tuttavia, non è ancora in grado di specificare in modo chiaro, e che funge da precognizione, da atto cognitivo euristico che fonda e precede tutta la conoscenza formalmente espressa. Come opportunamente chiarito da Thomas Torrance, commentando il pensiero dell'Autore, "*ciò che Polanyi intende per precognizione, insomma, è ciò che i Greci chiamavano prolepsis, una concezione prolettica, un'occhiata anticipatrice, una tenue e sottile propaggine dell'intelletto con una spinta in avanti nella cognizione di qualcosa del tutto nuovo. Nel corso del processo di ricerca è una conoscenza incipiente in cui è all'opera il suggerimento della coerenza di particolari sinora non del tutto afferrati*"²²⁸.

In questa prospettiva, Polanyi in analogia con il meccanismo percettivo proposto dalla psicologia della Gestalt, descrive l'atto iniziale del conoscere inespresso come una presa di coscienza integrata delle caratteristiche di un aspetto della realtà, vale a dire come un cogliere una coerenza che ci permette di vedere insieme molti indizi sempre vari e mutanti come un solo oggetto senza mutamenti. Ed è proprio questa visione di un insieme unitario che ci permette di riconoscere un oggetto reale di fronte a noi²²⁹. Tale presa di coscienza si realizza attraverso una relazione funzionale e semantica tra due livelli di consapevolezza o apprensioni conoscitive: quella focale e quella sussidiaria. Infatti, scrive l'Autore, "*Siamo ovviamente consapevoli dell'oggetto che stiamo osservando, ma siamo anche consapevoli – in maniera assai meno diretta – di centinaia di differenti indizi che integriamo alla vista dell'oggetto. [...]. Si può affermare che abbiamo una consapevolezza sussidiaria degli indizi nella loro inerenza all'oggetto su cui abbiamo focalizzato l'attenzione*"²³⁰.

Detto in altri termini, nella conoscenza tacita o intuitiva noi spostiamo l'attenzione dagli elementi particolari all'oggetto che conosciamo focalmente e che rivela il loro significato congiunto, per questo la conoscenza che ne abbiamo rimane inespressa in virtù della sua funzione di strumento subliminale di ciò che apprendiamo in modo

²²⁶ M. POLANYI, Tacit Knowing: Its Bearing on Some Problems of Philosophy, in *Review of Modern Physics*, 43 (1962), pp. 601-616:601.

²²⁷ M. POLANYI, *The Tacit Dimension*, trad. it. a cura di F. VOLTAGGIO, *La conoscenza inespressa*, Armando, Roma, 1979, p. 40.

²²⁸ Cfr. T.F. TORRANCE, *Senso del divino e scienza moderna* (trad. it. a cura di G. DEL RE, M.T. BENEDETTI), Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1992, p. 204.

²²⁹ M. POLANYI, *Conoscere ed essere*, op. cit., pp. 174-175.

²³⁰ M. POLANYI, Creative Imagination, trad. it. a cura di C. VINTI, L'immaginazione creativa, in *Michael Polanyi. Conoscenza scientifica e immaginazione creativa*, Edizioni Studium, Roma, 1999, pp. 121-146:125-126.

focale. Tali aspetti sussidiari o subliminali, pur essendo al margine della nostra percezione e consapevolezza non sono del tutto dimenticati nel processo conoscitivo. Essi svolgono un ruolo importante in tutte le forme di conoscenza poiché il soggetto, proprio a partire dalla tensione suscitata da questi elementi non specificabili, può essere guidato nel suo sforzo intellettuale di comprendere, identificare e risolvere una situazione problematica reale. La consapevolezza focale e sussidiaria rappresentano, dunque, due diverse visioni della realtà, nel primo caso con una attenzione ai dettagli nel loro anticipare l'unità che li comprende e nel secondo caso con un interesse ai particolari considerati in se stessi, fermo restando che la dialettica tra sussidiario e focale può essere reversibile, nella misura in cui ciò che rende una realtà oggetto di consapevolezza sussidiaria dipende dalla funzione che essa soddisfa. Come chiarisce Polanyi, sarebbe erroneo identificare *in toto* la consapevolezza sussidiaria con una forma di apprensione inconscia o preconsca, poiché essa *“può avere una gradazione di consapevolezza fintanto che funziona come indizio verso l'oggetto della nostra attenzione focale. Percepire qualcosa come un indizio è di per sé sufficiente per rendere incerta la sua identificazione”*²³¹.

Alla luce di quanto argomentato, l'attività clinica rappresenta un dominio privilegiato per l'attuazione del conoscere tacito. Infatti, nell'affrontare quotidianamente l'ineludibile variabilità associata alla condizione umana sofferente, il medico necessariamente si avvale dell'abilità intuitiva che consente di far fronte ad una esperienza che si presenta così vasta e molteplice, al punto che nessun essere umano o macchina sarebbe in grado di analizzarla e catalogarla esplicitamente.

Del resto, lo stesso Polanyi, nel descrivere la conoscenza tacita in modo concreto fornisce diverse esemplificazioni tratte dal contesto medico, considerato apertamente uno dei domini conoscitivi nel quale tale apprensione intuitiva si applica in modo sorprendente²³². L'Autore cita l'esempio di un noto psichiatra che nel corso di una lezione illustra ai suoi studenti il caso di un paziente affetto da un lieve spasmo, discutendo in seguito con la classe se tale presentazione clinica fosse un attacco epilettico o isterico. Dopo aver decretato che ciò che avevano visto è un caso di spasmo epilettico, lo psichiatra rivolge agli studenti le seguenti parole:

*“Non posso dirvi come riconoscerlo: lo imparerete facendo esperienza». Lo psichiatra sapeva come riconoscere l'attacco, ma non era affatto certo di come lo riconoscesse. In altre parole, egli ha riconosciuto l'attacco prestando attenzione alla sua complessa presentazione, e ha fatto ciò basandosi su una moltitudine di indizi che non poteva specificare in maniera chiara. Sicché la sua conoscenza del malore differiva completamente dalla conoscenza che egli aveva di questi indizi o sintomi. Egli ha riconosciuto l'attacco prestando attenzione ad esso: non ha prestato attenzione ai sintomi in se stessi, ma solo in quanto indizi. [...]. Mentre è sempre possibile identificare una cosa cui si presti attenzione - infatti è la stessa attenzione che la identifica - non sempre è possibile identificare i particolari sui quali si basa l'attenzione rivolta ad essa”*²³³.

²³¹ *Ibidem*.

²³² M. POLANYI, Faith and Reason, in *Fede e ragione* (trad. it. a cura di F. CALEMI), Editrice Morcelliana, Brescia, 2012, pp. 151-176:159.

²³³ *Ivi*, p. 156-157.

Nella sua opera maggiore, Polanyi fornisce una ulteriore esemplificazione di come la conoscenza tacita abbia luogo nel contesto medico, descrivendo, questa volta, l'apprendistato di uno studente di medicina in un corso di diagnosi di malattie polmonari mediante l'uso dei raggi X. Nel guardare le forme del referto, ascoltando i commenti che il radiologo fornisce ai suoi assistenti:

“All’inizio lo studente è del tutto disorientato. Infatti egli è in grado di vedere nell’immagine di un torace ai raggi X solo le ombre del cuore e delle costole, con piccole ombre intermedie. [...]. Poi, dopo che ha continuato ad ascoltare per alcune settimane, guardando attentamente ogni nuova immagine di casi diversi, comincia a comparire in lui un tentativo di comprensione; gradualmente egli dimentica le costole e comincia a vedere i polmoni. Alla fine, se egli persevera intelligentemente, gli si rivela un ricco panorama di dettagli significativi, un panorama di variazioni fisiologiche e di mutamenti patologici, di lesioni, di infezioni croniche e di segni di malattia acuta. Egli è entrato in un nuovo mondo. Egli continua a vedere solo una frazione di ciò che l’esperto è in grado di vedere, ma le immagini decisamente adesso cominciano ad avere un senso, e anche la maggioranza dei commenti fatti su di esse cominciano ad avere un senso. Egli sta per afferrare ciò che gli viene insegnato; in lui è scattato qualcosa. Così proprio nel momento in cui ha appreso il linguaggio della radiologia polmonare, lo studente ha imparato a capire i radiogrammi polmonari. Le due cose possono accadere solo insieme.”²³⁴

La conoscenza tacita entra in gioco a diversi livelli del ragionamento clinico, anche quando un medico che stia attentamente ascoltando la storia del paziente, diviene simultaneamente consapevole, sebbene in modo qualitativamente differente, del tono della voce, delle espressioni facciali e della scelta delle parole del proprio assistito, vale a dire di quella ulteriore fonte di indizi non secondari rappresentata dalla comunicazione non verbale²³⁵.

Come si può notare da queste esemplificazioni, l'intuizione riveste un ruolo basilare nell'attività clinica, non come una forma di conoscenza certa ed indubitabile ma nei termini di una capacità di comprendere un problema, vedendone l'insita coerenza per mezzo di alcuni indizi che guidano verso una scoperta risolutiva. Si tratta dunque di una preziosa facoltà che permette di anticipare, attraverso la raccolta del dato e la sua messa in rete, un aspetto particolare del reale, attraverso una articolazione triadica che ha il suo perno in un atto di integrazione del soggetto partendo da elementi sussidiari che si rapportano ad un oggetto focale. Tale intuizione sarà valida se permetterà un guadagno conoscitivo del problema e, in taluni casi, sarà originale o creativa qualora le possibilità di comprensione anticipate dal medico non siano state colte da alcuno in precedenza.

Questa capacità, come Polanyi più volte ha rilevato, si guadagna e si affina con l'esperienza, imparando dagli esempi e da un continuo addestramento pratico, così come è sempre sostenuta da una adeguata osservazione che sappia ben calibrare la propria attenzione senza dissolvere l'integrazione o la visione unitaria di un fenomeno né mancare di preservarne il dettaglio.

In questa prospettiva, non può essere accettata in alcun modo l'idea che la conoscenza tacita sia un processo del tutto automatico, indipendente da qualsiasi

²³⁴ M. POLANYI, *La conoscenza personale*, op. cit., p. 205.

²³⁵ Cfr. H.D. BRAUDE, *Intuition in Medicine*, op. cit., pp. 124-125.

sforzo o impegno da parte del soggetto. L'intuizione, infatti, oltre a non essere qualcosa di già dato giacché il suo sfondo si trasforma e si arricchisce nel corso dell'esperienza, ridiede l'intenzione ed un pieno coinvolgimento da parte del soggetto, senza i quali non riusciremmo a spiegare, ad esempio, *“la gioia che si prova quando si vedono le cose, la curiosità che è destata da oggetti nuovi, la tensione dei nostri sensi nel decifrare che cosa sia ciò che vediamo e la grande superiorità che alcune persone hanno nella mobilità degli occhi e nell'acutezza della vista”*²³⁶.

La prospettiva gnoseologica delineata da Polanyi, nel riconoscere la componente tacita ed originaria che sostiene ogni impresa conoscitiva, ha contribuito a restituire valenza e dignità epistemica all'aspetto artistico della conoscenza. Questo non vuol dire affermare che l'autore si ponga in una posizione di rifiuto nei confronti della scienza, ma piuttosto contro il falso ideale di un sapere completamente neutrale e formalizzato.

Per di più, come chiarisce Marjorie Grene, una delle prime collaboratrici di Polanyi, porre la questione in questi termini significa mancare il punto essenziale, vale a dire che la conoscenza tacita non è un mero residuo che resiste ad una piena esplicitazione ma la base irrinunciabile di tutta la conoscenza. Pertanto, ciò che la tradizione epistemologica ha trascurato o negato sino ai nostri giorni non è tanto l'esistenza di una dimensione tacita del conoscere ma la relazione e la funzione che questa intrattiene con la conoscenza esplicita, nesso che il pensiero di Polanyi ha ampiamente articolato e riportato alla nostra attenzione²³⁷.

In sostanza, gli stessi proponenti dell'EBM ammettono che *“Senza l'abilità clinica, la pratica rischia di essere tiranneggiata dall'evidenza esterna, perché anche la migliore evidenza può essere inapplicabile o inappropriata per il singolo paziente”*²³⁸.

L'affermazione di Sackett sembra suggerire la necessaria inclusione della conoscenza tacita nell'epistemologia dell'EBM. Tuttavia, la progressiva e corrente enfasi posta sulla gerarchia dell'evidenza, affiancata da impliciti tentativi di attenuare la valenza dell'intuizione clinica ricorrendo a connotazioni sfuggenti o mistiche, hanno finito per ridurre tale affermazione ad un mero ideale.

L'approccio gnoseologico delineato da Polanyi contribuisce a superare queste contraddizioni epistemologiche connaturate nell'EBM, rimuovendo da un lato l'erronea credenza nella possibilità di un sapere interamente esplicito, e mostrando dall'altro che buona parte della conoscenza medica si articola in modo tacito²³⁹. L'EBM è una componente necessaria della pratica clinica, soprattutto per il contributo fornito nel delucidare le relazioni causali a supporto del ragionamento e delle decisioni in medicina. Ciò nonostante, l'enfasi posta su di essa nella recente letteratura medica non deve condurre a misconoscere che la corretta interpretazione ed applicazione delle informazioni fornite dai trials clinici così come da altre tipologie di conoscenze scientifiche e statistiche chiamano in causa l'esistenza di processi non pienamente specificabili e formalizzabili. In altre parole, nell'affrontare la contingenza e l'incertezza

²³⁶ M. POLANYI, *La conoscenza personale*, op. cit., p. 223.

²³⁷ M. GRENE, Tacit knowing: ground for a revolution in philosophy, in *Journal of the British Society for Phenomenology*, 8 (1977), pp. 164-171:165.

²³⁸ D.L. SACKETT et al., *Evidence Based Medicine*, op. cit., p. 2.

²³⁹ S.G. HENRY, R.M. ZANER, R.S. DITTUS, Viewpoint: Moving Beyond Evidence-Based Medicine, in *Academic Medicine*, 82 (2007), pp. 292-297:294-295.

che sono proprie di ogni incontro clinico, la dimensione intuitiva del ragionamento diventa cruciale nell'integrare, attraverso una dialettica tacita, differenti elementi rappresentati, ad esempio, dalla conoscenza deduttiva, dalle informazioni tratte dall'osservazione, dall'esperienza clinica così come dai dati statistici²⁴⁰.

Parimenti, la nota e sofisticata analisi del giudizio clinico elaborata da Pellegrino, nonostante fornisca una chiave di lettura di grande rilevanza nel superare i tentativi di un riduzionismo metodologico attecchito anche nel modello della EBM, si rivela inadeguata nel sacrificare le sfumature epistemologiche associate alla consapevolezza che ogni medico farà sempre ricorso alla conoscenza tacita in ogni fase dell'attività clinica, a prescindere dalla professata adesione ad una determinata teoria della medicina²⁴¹.

In altre parole Pellegrino ha delineato una anatomia del giudizio clinico alla luce di un approccio epistemologico completamente esplicito che non concede alcun terreno alla dimensione intuitiva, anche se proprio tale componente è continuamente presupposta ed invocata dal "clinico prudente" nella scelta della giusta azione di cura per il singolo e specifico paziente. Il modello di razionalità pratica, cui Pellegrino si richiama esplicitamente nel descrivere il processo del ragionamento clinico, pone ordine nel guardare con attenzione al fine clinico e focale verso cui è diretta e questo vuol dire riconoscere che la maggior parte dei particolari su cui il medico e il paziente si basano nel processo decisionale si situano ad un livello tacito.

La riflessione epistemologica articolata da Polanyi, di recente accolta dal modello della *Dual Process Theory*, rappresenta dunque un passo significativo nel mostrare che il tradizionale approccio al ragionamento clinico, per lo più attestato su un acritico modello neopositivista, non è in grado di dar conto della struttura del conoscere e dell'operare del medico come attività umane e non meccaniche.

2.4 Per una semantica del concetto di intuizione nella pratica clinica.

Cerchiamo ora di riassumere gli elementi essenziali del discorso che abbiamo sviluppato in queste pagine sull'intuizione in medicina alla luce del modello della *Dual-Process Theory*, focalizzando innanzitutto i diversi vantaggi che questa fornisce in termini di una più ampia e promettente visione di come pensano i dottori nella loro pratica quotidiana²⁴².

- La DPT si è rivelata molto utile nell'illuminare più dappresso la pluralità dei processi cognitivi che sono alla base del ragionamento clinico. Sebbene i teorici di questo modello ritengano che non tutte le forme di ragionamento rientrino in modo netto in uno o nell'altro dei due sistemi e che questi sono molto articolati al loro interno, le ricerche condotte in tale ambito hanno evidenziato gli elementi di integrazione tra i principali processi che sono stati individuati nella letteratura

²⁴⁰ H.D. BRAUDE, Clinical intuition versus statistics: different modes of tacit knowledge in clinical epidemiology and evidence-based medicine, in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30 (2009), pp. 181-198: 193.

²⁴¹ S.G. HENRY, Recognizing tacit knowledge in medical epistemology, in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 27 (2006), pp. 187-213:197.

²⁴² Cfr. T. PELACCIA et al., *op. cit.*; P. CROSKERRY, A Universal Model of Diagnostic Reasoning, *op. cit.*; J. MARCUM, An integrated model of clinical reasoning: dual-processes theory of cognition and metacognition, *op. cit.*.

medica sin dagli anni settanta del secolo scorso. Infatti, la maggior parte di questi lavori ha condotto per lo più a isolare il sistema non analitico da quello analitico, considerando quest'ultimo sino ai tempi a noi più recenti come il *gold standard* del ragionamento clinico.

- Il modello della DPT ha contribuito ad esplicitare la considerevole importanza dei processi intuitivi continuamente coinvolti, in varia misura, nel percorso del ragionamento clinico, approfondendo la questione dell'origine delle ipotesi nel processo diagnostico. Questo è un aspetto molto importante, se consideriamo che per secoli l'intuizione professionale in medicina è stata recepita nei termini di una abilità misteriosa e soggettiva, non accessibile alla conoscenza, e come tale inaffidabile nel fondare una accurata pratica clinica.
- Considerato l'alto livello di complementarità e interazione tra entrambi i sistemi nel percorso del ragionamento clinico, gli errori cognitivi possono essere la conseguenza sia di disfunzioni nei processi analitici (causati, ad esempio, da un erroneo controllo del giudizio intuitivo o da un affaticamento cognitivo, ecc.) sia dell'inabilità dei processi intuitivi di generare prontamente delle ipotesi diagnostiche rilevanti.
- Questo approccio dà voce a diversi campi di ricerca ancora poco esplorati quali, ad esempio, quelli inerenti all'influenza dei fattori affettivi e contestuali nei processi del ragionamento clinico, con particolare attenzione al sistema intuitivo. I giudizi generati non analiticamente sono, infatti, influenzati dallo stato emotivo del medico, dalle sue inclinazioni personali, così come sono altamente dipendenti dai fattori contestuali, intendendo per contesto sia la natura delle informazioni usate dal sistema intuitivo, sia più in generale l'ambiente clinico nel quale le intuizioni sono evocate.
- Nonostante la fallibilità, relativamente maggiore, dei processi intuitivi rispetto a quelli analitici, entrambi i sistemi sono essenziali per svolgere funzioni importanti nella pratica clinica quotidiana. Del resto, non si può dipendere in ogni circostanza dal sistema analitico poiché questo richiede un impiego maggiore di tempo e di risorse che non sempre sono disponibili.

L'analisi della dimensione intuitiva delineata dalla DPT e approfondita alla luce del concetto di conoscenza tacita articolato da Michael Polanyi permette inoltre di individuare alcuni tratti distintivi che ricorrono nel caratterizzare il concetto di intuizione nella pratica clinica. Qui di seguito li riportiamo sinteticamente, in quanto rappresentano un primo passo significativo per sviluppare una più ampia ed adeguata semantica di tale concetto, che sarà l'obiettivo specifico della prossima sezione.

- *L'intuizione è un qualcosa di istantaneo o molto rapido* – Essa si manifesta come un balzo con il quale il medico acquisisce consapevolezza della soluzione di un problema, bypassando le fasi analitiche del ragionamento e attingendo in maniera per lo più inconscia al proprio *background* esperienziale clinico.

- *L'intuire è un processo automatico* – Esso non richiede uno sforzo mentale eccessivo o intenzionale, almeno nel momento in cui affiora alla consapevolezza in modo spontaneo. Tuttavia, come chiarito da Polanyi, le intuizioni presuppongono una previa attività tacita che non è esclusivamente quella articolata nello specifico contesto in cui sorgono, ma include anche un lavoro precedente sulla disciplina in termini di conoscenze, esperienze ed abilità da acquisire a supporto del processo intuitivo.
- *L'intuizione è olistica* – Essa produce una risposta basata su percezioni cliniche che riguardano la situazione nel suo complesso, vale a dire sulla presa di coscienza integrata delle caratteristiche di un aspetto del reale, in una dialettica tra la consapevolezza sussidiaria dei particolari e quella focale dell'intero che li comprende.
- *L'intuire è tacito* - I risultati del processo intuitivo sono accessibili alla verbalizzazione nella misura in cui sono oggetto di consapevolezza focale, mentre il modo con cui si giunge ad essi non è egualmente dettagliabile poiché i particolari che danno forma all'intero sono avvertiti in via sussidiaria nella messa a fuoco dell'intuizione.
- *L'intuire è non analitico* – Il processo intuitivo non è indipendente dalle fasi analitiche del ragionamento clinico: entrambi i sistemi rappresentano elementi essenziali e complementari per una efficace impostazione delle decisioni cliniche. Tuttavia, esso comprende le informazioni in maniera non sequenziale, senza ricorrere all'uso di regole ed elaborazioni analitiche e lineari.
- *L'intuire è riconoscere un modello* – L'intuizione opera sulla base di un riconoscimento di configurazioni tipiche di malattia riscontrabili in situazioni oggetto di precedenti esperienze cliniche, nel confronto con la situazione investigata.
- *L'intuire è esperienziale* – L'esperienza gioca un ruolo importante nel processo intuitivo soprattutto nel fornire i feedback necessari per sostanziare, raffinare ed arricchire la base cognitiva e tacita delle intuizioni cliniche che entra in gioco, seppur non automaticamente, in presenza di contesti di malattia simili.
- *L'intuizione è fallibile* – Le anticipazioni intuitive, in virtù della loro sensibilità al contesto, possono rivelarsi inadeguate nel fornire un supporto conoscitivo nei termini di una corretta individuazione di una ipotesi diagnostica che sia rilevante per il caso in questione.

Come si può notare, alcune delle caratteristiche precedentemente menzionate riguardano l'intuizione o il suo oggetto, altre invece sono proprie del processo intuitivo. Questo è descritto come automatico, istantaneo, non analitico e tacito. Così inteso, il processo intuitivo si differenzia da quello analitico che procede un passo dopo l'altro, dunque in modo più lento ma esplicito, seguendo le regole della logica. Tuttavia tale distinzione, come si vedrà, richiede una ulteriore chiarificazione che si impone come

necessaria nei confronti di coloro che sembrano argomentare a favore di una presunta irrazionalità dell'intuizione. Sotto il profilo temporale, ci è parso utile evidenziare che la subitanità pertiene propriamente all'intuizione e non al suo processo, come si tende a credere erroneamente, così come l'automaticità del processo intuitivo appare opinabile nel non concordare con la dialettica tra i due poli sussidiario e focale che strutturano la conoscenza tacita. Pertanto, si avrà modo di onorare più dappresso il debito nei confronti dell'epistemologia di Polanyi alla luce delle sue implicite quanto fondamentali radici filosofiche classiche. Ovverosia si tenterà di rendere più esplicite le assunzioni tacite del dominio intuitivo, seppur nel rispetto di quanto consente la natura dell'oggetto.

Parte III

**Un *framework* per comprendere
l'intuizione clinica**

1. Natura e oggetto dell'intuizione clinica

1.1 Introduzione

La sezione precedente ha cercato di presentare a grandi linee le principali tematiche legate al concetto di intuizione, ed in particolare di fare il punto sullo stato dell'arte sia nella letteratura filosofica che in quella medica. Benché se ne riconosca l'esistenza e se ne utilizzino i derivati nell'esperienza quotidiana, tra la prassi e la teoria dell'intuizione permane un divario, tale da rendere necessaria una opportuna chiarificazione del concetto che deve tenere ben saldo l'aspetto teoretico legato all'intuizione con quello connesso alle specificità dell'ambito clinico.

Per di più, andando oltre la presunta etichetta di indefinibilità ascritta all'intuizione, vale la pena ricordare Aristotele che nel già citato paragrafo terzo del primo libro dell'Etica Nicomachea²⁴³ evidenzia come sia proprio della persona ben formata non ricercare una conoscenza più puntuale di quella che la natura dell'oggetto richiede. In altre parole, poiché l'intuizione ha uno sfondo tacito e sorge in un contesto caratterizzato da diverse variabili, *in primis* individuali, lo studio che ne consegue sarà necessariamente tipologico, ossia proporzionato alla sua natura, senza con ciò rinunciare alla verità e al rigore.

Nel presente capitolo si tenterà di mettere a profitto della gnoseologia medica quanto già esposto sul tema in sede storico-filosofica e clinica, considerando come e fino a che punto il concetto di intuizione può illuminare la fase intellettuale della generazione dell'ipotesi diagnostica. In particolare, intendiamo mostrare che l'intuizione medica non è completamente differente da quella filosofica, seppur con i dovuti distinguo che evidenzieremo esplorando il dominio intuitivo nei seguenti due vettori principali tra loro interconnessi: 1) la natura dell'intuizione clinica; e 2) l'oggetto dell'intuizione clinica.

1.2 La natura dell'intuizione clinica

Una delle principali difficoltà nell'esplorare il dominio intuitivo è quella di individuare una definizione che sia in grado di illuminarne la natura in modo

²⁴³ ARISTOTELE, *Etica Nicomachea*, op. cit., I, 3, 1094b 24.

adeguato. Il tema ha ricevuto in generale molta attenzione nella letteratura filosofica e ultimamente si è enfatizzata la sua rilevanza anche nella pratica clinica, soprattutto per via delle Teorie del processo duale del pensiero. Tuttavia, la nostra comprensione dell'intuizione rimane ad oggi ancora troppo timida e frammentata, per non dire che tale situazione esorbita dai confini di queste discipline.

Nella loro revisione della letteratura sull'intuizione, Debbie Shirley e Janice Langan-Fox²⁴⁴ hanno sottolineato che non vi è alcun consenso quando si tratta di chiarire la natura di questa cognizione, in parte perché differenti fenomeni sono spesso inclusi sotto la categoria dell'intuizione. Nondimeno, ha il suo peso anche il frequente ricorso ad un uso non qualificato del termine, così "*variamente identificato nei termini di un processo, di un prodotto, di una precondizione della conoscenza o di un metodo attraverso il quale guadagnarla*"²⁴⁵.

Al fine di superare questa persistente vaghezza, che contribuisce a creare equivoci e a svalutare la pregnanza gnoseologica che sin dall'antichità e in diversi campi del sapere le si è riconosciuta, iniziamo approfondendo ulteriormente l'etimologia della parola intuizione che fornisce una prima significativa delimitazione della sua gamma semantica con riguardo all'ambito clinico.

Come già accennato, il termine intuizione deriva dalla parola latina *intueor* che significa "vedere dentro" e tale espressione, se ben intesa, suggerisce di andare oltre una mera riduzione di questa cognizione all'immediata apprensione di un oggetto attraverso i sensi. In altre parole, occorre distinguere l'azione del vedere da quella del guardare e dell'osservare. Guardare, dal germanico *wardōn*, significa letteralmente fare la guardia, ed è indicativo della fase iniziale della dinamica visiva con cui ci si mette in allerta, ci si predispone intenzionalmente verso l'oggetto da indagare. L'osservazione, dal latino *ob-servare*, è l'atto con si "custodisce" ciò che si ha di fronte, ovvero è quell'attività che prelude ad un rapporto più stretto tra il soggetto e l'oggetto in virtù di una attenzione intenzionale su di esso che dischiuda una possibilità di conoscenza più dettagliata. Nel vedere, dal latino *vidēre*, si passa dalla raccolta intenzionale ed interessata del dato alla sua visione, in virtù della quale giungiamo a coglierne il quadro distintivo. In questa prospettiva, la visione è *in primis* esemplificata dal tipo di conoscenza conseguita attraverso ciò che Aristotele chiama senso comune (*κοινή αἴσθησις*, sensazione comune), ossia quella percezione che unifica i dati sensibili e che fa riferimento ai così detti sensibili comuni, quali il movimento, la quiete, la figura, il numero, la grandezza, ossia termini connessi a quelle caratteristiche esteriori che noi ritroviamo in ogni nostra sensazione pur nella diversità dei contenuti²⁴⁶.

Da queste brevi battute, emerge dunque il carattere sintetico della visione, il suo restituirci una conoscenza unitaria dei contenuti sensibili e l'intuizione intesa come un atto del vedere sembra condividere, nei suoi risultati, queste stesse modalità di insorgenza. Occorre, tuttavia, fare i dovuti distinguo del caso: l'intuizione, infatti, non si declina come un semplice vedere ma è un vedere dentro e ciò sottintende il riferimento ad un guadagno conoscitivo del fenomeno più profondo, vale a dire non semplicemente esteriore, ma riguardante la sua natura più intima, quella intellettuale. L'intuizione è dunque indicativa di un'attività in grado di cogliere contenuti visibili

²⁴⁴ D.A. SCHIRLEY, J. LANGAN-FOX, Intuition: A review of the literature, in *Psychological Reports*, 79 (1996), pp. 563-584: 565.

²⁴⁵ L.M. OSBECK, B.S. HELD (eds.), *op. cit.*, p. 3.

²⁴⁶ E. FRANZINI, *Filosofia dei sentimenti*, Bruno Mondadori, Milano, 1997, p. 189. Cfr. ARISTOTELE, *L'anima*, *op. cit.*, II, 5, 418a 25.

esclusivamente agli occhi dell'intelletto e non a quello sensibile, una sorta di luce che illumina il campo di investigazione, anticipando la cognizione della possibile causa di malattia del paziente²⁴⁷.

A questo punto, si comprende ulteriormente l'importanza dell'attività raziocinativa del medico al letto del paziente, in tutte le sue diverse forme, specificando con le parole di Polanyi:

*“che in ogni atto di conoscenza entra un contributo appassionato della persona che conosce ciò che viene conosciuto, e che questa componente non è una imperfezione bensì un fattore vitale della conoscenza”*²⁴⁸.

Come è evidente, si tratta di una concezione epistemologica decisamente anacronistica, se confrontata con quella prevalente nella modernità in cui i termini “oggettivo e impersonale” tendono a sovrapporsi. Tuttavia, come puntualizza ancora l'Autore, riconoscere una partecipazione personale del conoscente in tutti i suoi atti conoscitivi:

*“non rende soggettiva la nostra comprensione. Capire non è un atto arbitrario, né una esperienza passiva [...]. È un conoscere che è oggettivo nel senso che stabilisce un contatto con una realtà nascosta; un contatto che viene definito come la condizione per anticipare un ambito indeterminato di implicazioni vere ancora ignote (e forse perfino inconcepibili)”*²⁴⁹.

A scanso di equivoci, non si abbia la tentazione di evitare una sovrapposizione, quella pocanzi menzionata, imponendone un'altra parimenti impropria tra i termini “oggettivo e infallibile o puntuale”. L'intuizione intellettuale è oggettiva nel suo protendere verso un contenuto che inerisce ad un oggetto come sua natura essenziale e, tuttavia, tale tensione conoscitiva, come si avrà modo di argomentare, non sempre riesce nel suo intento, in virtù di una complessa ecologia che presiede al suo innesco e sviluppo.

Questa prima nozione di intuizione sembra essere funzionale nel sostanziare la comune percezione di questa cognizione in ambito clinico: avere una intuizione nel processo diagnostico generalmente significa evocare una ipotesi circa il problema di salute lamentato dal paziente.

Le Teorie del processo duale del ragionamento clinico, pur non facendo esplicito riferimento all'intuizione clinica nei termini di una cognizione intellettuale, nel tratteggiarne la natura ed il funzionamento ci consentono di escludere che la stessa possa essere intesa come una forma di intuizione sensibile. Infatti, il sistema intuitivo è associato non al riconoscimento di oggetti sensibili (numeri, figure, forme nello spazio tridimensionale) ma ad un modello di malattia che, più che vedere con i sensi, cogliamo con la mente, sulla base di pochi indizi.

Questa rappresentazione dell'intuizione clinica è ampiamente rintracciabile anche nella letteratura medica non direttamente riconducibile alla DPT. A titolo

²⁴⁷ Si consideri il caso in cui vengano osservate in un paziente con anamnesi di invaginazione intestinale la presenza di piccole chiazze nerastre sulle labbra a guisa di lentiggini periorificali in virtù delle quali l'occhio intellettuale intravede una poliposi intestinale. Cfr. E. POLI, *op. cit.*, p. 97.

²⁴⁸ M. POLANYI, *La conoscenza personale*, *op. cit.*, p. 70.

²⁴⁹ *Ibidem*.

esemplificativo, riportiamo alcune espressioni ricorrenti nel cercare di esprimere la natura di questa preziosa attività conoscitiva, tra quelle più rilevanti nell'ambito in questione: Alec Style, nella sua analisi del ruolo dell'intuizione clinica nel processo diagnostico afferma che: *“Durante i primi minuti della consultazione clinica con il paziente, il medico, sulla base di pezzi di informazioni, evoca alcune ipotesi iniziali sul possibile problema del paziente”*²⁵⁰.

Charles Abernathy e Robert Hamm, analizzando l'intuizione a partire dal contesto specifico della chirurgia, associano questa cognizione alla possibilità di “vedere attraverso il corpo umano”. Vale a dire, una persona estranea al mondo della medicina e uno specializzando, nell'osservare un chirurgo esperto nell'atto di esaminare il ventre del proprio assistito per un dolore acuto dell'addome, sono indotti a pensare che il medico possa realmente “vedere dentro la pancia del paziente”. Infatti, senza ricorrere ad algoritmi o all'EBM, né a dati di laboratorio o di immagine, e sulla base della raccolta di una breve anamnesi e di un accurato esame fisico, il medico può giungere a distinguere, con una sorprendente accuratezza, una irritazione peritoneale da una miriade di altre condizioni morbose che possono presentare la stessa sintomatologia²⁵¹.

Lo studio sperimentale e qualitativo condotto da Cilia Witteman e colleghi sull'intuizione clinica nel settore della cura della salute mentale, oltre a ribadire il nesso tra la conoscenza intuitiva e la fase della generazione dell'ipotesi diagnostica, pone in evidenza che, nel rispondere al quesito sulla natura dell'intuizione in medicina, molti intervistati riferiscono che mediante tale esperienza cognitiva si ha *“la sensazione che ci sia qualcosa di più rispetto a ciò che potrebbe apparire dalla mera conoscenza sensibile”*²⁵².

Infine, l'analisi filosofica dell'intuizione in medicina articolata da Hillel Braude a difesa del ragionamento clinico nell'era dell'EBM, esplicita il nesso tra la disciplina della Fisiognomica e l'intuizione, connessione che realizza una vera arte del rendere visibile ciò che invece è invisibile all'occhio dei sensi²⁵³.

Alla luce di queste significative testimonianze, il termine ultimo dell'intuizione clinica, da un punto di vista cognitivo, non è qualcosa di fisicamente presente ai nostri sensi ma un contenuto mentale che ha il ruolo fondamentale di delimitare e illuminare il campo di investigazione, andando oltre il processo dell'induzione empirica.

A sua volta anche la storia della scienza offre molti esempi di fruttuose intuizioni, quali la scoperta delle funzioni fuchsiane ad opera di Jules-Henry Poincaré, dell'idea di fagocitosi da parte di Elie Metchnikoff, dell'ipotesi della mediazione chimica tra elementi nervosi legata ad Otto Loewi, della teoria dell'evoluzione ad opera di Charles Darwin e così via²⁵⁴, che testimoniano ulteriormente la connotazione intellettuale generalmente attribuita all'intuizione in ambito conoscitivo.

Pertanto, al fine di comprendere la natura dell'intuizione nel processo diagnostico, il visualismo implicito nell'etimologia del termine non dovrebbe essere inteso alla

²⁵⁰ A. STYLE, Intuition and problem solving, in *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29 (1979), pp. 71-74: 72.

²⁵¹ C.M. ABERNATHY, R.M. HAMM, *Surgical Intuition. What it is and how to get it*, Hanley & Belfus, Philadelphia, 1995, p. 3.

²⁵² C.L.M. WITTEMAN, N.L. SPAANJAARS, A.A. AARTS, Clinical intuition in mental health care: A discussion and focus groups, in *Counselling Psychology Quarterly*, 25 (2012), pp. 19-29: 5.

²⁵³ H.D. BRAUDE, *Intuition in Medicine*, op. cit., pp. 70-04.

²⁵⁴ Cfr. W.I.B. BEVERIDGE, *The Art of Scientific Investigation*, trad. it. a cura di A. FANTI, G. GAVA, *L'arte della ricerca scientifica*, Armando Editore, Roma, 1981, pp. 7-84.

lettera, ma come una metafora utile ad illustrare l'attività del vedere con "gli occhi della mente". Del resto, nella filosofia antica, soprattutto platonica ed aristotelica, si attribuisce alla vista una maggiore valenza cognitiva rispetto agli altri sensi e come tale è considerata più simile al *nous*²⁵⁵. Conseguentemente, si è giunti ad attribuire alla conoscenza intuitiva, per analogia con la vista, un certo vedere: ad esempio, un medico che coglie la causa, ciò che tiene assieme quanto osservato, vede l'essenza del fenomeno investigato. Il vedere, in questo caso, significa cogliere attraverso l'intuizione un contenuto mentale in modo immediato, come accade con il senso della vista quando si rivolge ai propri oggetti.

Ne consegue una nozione di intuizione clinica quale atto cognitivo di natura intellettuale, "una visione attraverso l'intelletto", per usare una espressione tipica del linguaggio platonico, ma che percorre implicitamente gran parte della letteratura filosofica. Nello specifico, questa abilità cognitiva è legata all'intelletto come sua funzione fondamentale, vale a dire che questo è tanto più capace di *intus legere*, ovvero di leggere, raccogliere, all'interno del fenomeno clinico, la sua essenza quanto più sarà nitida ed adeguata la visione di essa guadagnata.

In altre parole, l'esperienza empirica fornisce solo tracce di una sindrome o di una condizione patologica (per coloro che siano in grado di rilevarle), mentre la natura intrinseca della malattia da un punto di vista logico è guadagnata dall'intelletto attraverso un atto di vedere extra sensibile. In sintesi, l'atto diagnostico non si riduce all'apprensione di dati ottenuti attraverso una osservazione multisensoriale: dobbiamo riconoscere anche la presenza di una attività intellettuale che ha per oggetto l'essenza dinamica del fenomeno, ciò che ne conferisce un significato unitario. A questo proposito, le parole del dottor Stanley Wainapel, cieco in virtù di una forma congenita di retinite pigmentosa, sono molto significative: "*Io posso fare il mio (lavoro) usando le mani, le orecchie e, la cosa più importante di tutte, il cervello*"²⁵⁶.

1.3 Il carattere immediato dell'intuizione: un chiarimento

La caratteristica dell'immediatezza è considerata un tratto distintivo del fenomeno intuitivo. Nello specifico, la letteratura filosofica si esprime nei termini di una cognizione immediata o diretta anche se questo non vuol dire affermare che l'intuizione sia necessariamente identificata con un processo rapido; mentre la recente letteratura clinica influenzata dalle teorie psicologiche del ragionamento tende generalmente ad etichettare l'intuizione come una cognizione che ha luogo velocemente e in apparenza con un minimo sforzo mentale. Queste caratteristiche sono ricondotte alla particolare natura dell'intuizione: da un lato il suo manifestarsi come una forma di apprensione di una ipotesi esplicativa senza la mediazione di un alcun processo di ragionamento lineare, e dall'altro il suo essere basata su un ampio spettro di esperienze cliniche tale da consentire al medico esperto di evocare una o più ipotesi diagnostiche sul fenomeno investigato in modo pressoché automatico²⁵⁷.

L'intuizione clinica, a prima vista, sembra dunque differire da quella filosofica nella misura in cui la sua natura immediata è spesso interpretata come indicativa di un

²⁵⁵ Cfr. PLATONE, *Fedone* (trad. it. a cura di G. REALE), La Scuola, Brescia, 1995, 65 B 1-6; Cfr. ARISTOTELE, *Metafisica*, op. cit., I, 1, 980a.

²⁵⁶ L. SANDER, *op. cit.*, p. 115.

²⁵⁷ C.M. ABERNATHY, R.M. HAMM, *op. cit.*, p. 35.

processo subitaneo. Tuttavia, tale intendere non esaurisce il concetto di questa figura gnoseologica, come mostrano chiaramente tutte quelle esperienze intuitive che si manifestano dopo una più lunga incubazione. Poiché i modi di esprimere il carattere dell'immediatezza presentano alcune ambiguità, tali che nel lungo periodo hanno contribuito a scoraggiare gli studi sull'esperienza intuitiva in virtù della difficoltà di poter descrivere un processo così spesso inteso come improvviso ed imprevedibile²⁵⁸, è opportuno specificare meglio tale aspetto dell'intuizione, proponendo una distinzione fra tre sfumature di significato del termine immediato.

Se consideriamo il momento "*dell'epifania dell'intuizione*", si può affermare che tale cognizione è immediata. Ciò vuol dire che quando l'intuizione si manifesta il suo risultato è direttamente presente alla mente, senza alcuna mediazione che si interponga alla sua consapevole apprensione in quanto è oggetto di conoscenza focale. La nota esclamazione *eureka*, che significa trovato, pronunciata da Archimede nell'intuire il rapporto tra lo spostamento dell'acqua e l'immersione in essa di un corpo solido, è indicativa della sua immediata consapevolezza della conoscenza di un nesso causale tra questi due fenomeni che, dopo poco, gli permise di trovare la tanto agognata soluzione al problema che stava investigando. A questo proposito, il linguaggio visuale a cui Platone ricorre nel descrivere l'atto noetico rende l'idea del chiaro presentarsi al soggetto del contenuto intuitivo, riducendo la distanza tra i due poli del conoscere (nel nostro caso, il medico e il modello di malattia) che entrano in contatto nell'atto di intuire pur senza sopprimere ogni loro diversità, in quanto i termini della relazione conoscitiva permangono comunque due entità distinte. L'attingimento intuitivo può dunque essere descritto come una istantanea visione in cui il soggetto coglie, senza alcun velo, vale a dire direttamente, l'oggetto del proprio conoscere.

In secondo luogo, l'immediatezza intuitiva è altresì correlata alla sua natura non discorsiva o *alogica*. L'intuizione, infatti, non è guadagnata attraverso la mediazione di un ragionamento, alla fine di un processo sequenziale costituito da una serie di fasi intermedie, ma in modo improvviso nella veste di una illuminazione sintetica. Al riguardo, Cartesio, nel distinguere l'intuizione dalla deduzione, sottolinea che la conoscenza intuitiva è in grado di cogliere "la cosa tutta nello stesso tempo", saltando i necessari passaggi così velocemente senza che di essi ci sia traccia nella memoria²⁵⁹. L'intuizione, pertanto, si presenta con un carattere di discontinuità²⁶⁰ in virtù del quale si distingue in modo netto dal procedere passo dopo passo proprio dell'ambito logico. Nondimeno, occorre ribadire che il termine *alogico* riferito all'intuizione non significa che essa sia una cognizione irrazionale. La sfera della razionalità, infatti, non si riduce esclusivamente all'approccio logico e scientifico alla realtà, ma si declina in forme diverse in linea con il compito che deve svolgere. In altre parole, l'intuizione e la logica non sono due poli opposti lungo un continuum cognitivo che ha come estremi rispettivamente l'irrazionalità e la razionalità. Come emerso dalla rassegna della DPT, l'intuizione è un momento fondamentale della razionalità che si articola secondo tre modalità principali: l'intuizione come fase con cui si generano le premesse stesse del ragionamento, l'intuizione come momento cognitivo che va ad integrare un

²⁵⁸ C. PETITMENGIN-PEUGEOT, The Intuitive Experience, in F.J. VARELA, J. SHEAR (eds), *The View from Within. First-person approaches to the study of consciousness*, Imprint Academic, London, 1999, pp. 43-77: 44.

²⁵⁹ R. DESCARTES, Regole per la direzione dell'ingegno, *op. cit.*, XI, p. 745.

²⁶⁰ C. PETITMENGIN-PEUGEOT, *op. cit.*, p. 44.

ragionamento, l'intuizione come prezioso contesto esplicativo che necessita di essere affiancato dall'esercizio della logica. Vale la pena, su quest'ultimo punto, riportare le considerazioni di Peter Medawar volte a scagionare ulteriormente l'improprio accostamento dell'intuizione ad un processo estraneo alla razionalità. In altre parole, quando l'intuizione sorge evocando una ipotesi, afferma l'Autore, *“la si può sottoporre a critica, generalmente mediante sperimentazione; e questo episodio di pensiero appartiene alla logica, e della logica fa uso, perché consiste in una prova empirica delle conseguenze logiche delle nostre opinioni”*²⁶¹.

Con riguardo alla *“gestazione dell'intuizione”*, se intendiamo il termine mediato come sinonimo di subitaneo e non tardivo possiamo affermare che il processo intuitivo non è necessariamente immediato poiché la sua incubazione può essere rapida o prolungarsi per un tempo più esteso. Generalmente, le intuizioni si manifestano come risposte celeri alle situazioni problematiche investigate, soprattutto quando queste sono piuttosto ovvie o ricorrenti. Come evidenziato da Jerome Groopman, medico e scrittore di grande successo sui temi legati al mondo clinico, *“la maggior parte dei medici formula rapidamente due o tre possibili diagnosi già alla prima visita; alcuni molto dotati hanno in mente quattro e cinque possibilità. Tutti, comunque, sviluppano le proprie ipotesi da un quadro di informazioni largamente incompleto”*²⁶². Tuttavia, quando il caso clinico è più complesso e inusuale, o addirittura non noto, l'atto intuitivo potrebbe richiedere una gestazione più lenta, prima del suo improvviso sorgere con una visione potenzialmente feconda e risolutiva. Riportiamo un esempio tratto dalle molte esperienze di diagnosi raccolte nel già citato testo della Sanders, che rappresenta un utile strumento a supporto della fenomenologia dell'esperienza intuitiva²⁶³.

SCENARIO n. 4

Crystal Lessing, che aveva appena ventidue anni ed era sempre stata sana come un pesce, stava inspiegabilmente morendo. La ragazza era ricoverata da due giorni nel reparto di terapia intensiva del Nassau University Medical Center, dove viene presa in cura dal dottor Wagoner che l'aveva studiata decine di volte. Praticamente ogni esame a cui l'avevano sottoposta aveva dato risultati anomali: i globuli bianchi molto alti, a indicare un'infezione, e i globuli rossi bassi. Aveva sì e no la metà del sangue che avrebbe dovuto avere nonostante una trasfusione dopo l'altra. I reni non funzionavano e nemmeno la coagulazione. La sua pelle gialla era coperta di ecchimosi e l'urina così come le feci erano macchiate di rosso cupo. I medici del pronto soccorso si erano concentrati sull'emorragia inarrestabile, avanzando l'ipotesi di coagulopatia intravascolare disseminata che, tuttavia, non ha trovato conferma negli esami di laboratorio.

In merito all'ittero pronunciato, il fegato viene escluso dal quadro clinico complessivo, poiché le analisi del sangue eseguite per verificare la funzionalità epatica erano quasi normali.

²⁶¹ P.B. MEDAWAR, *Induzione e intuizione nel pensiero scientifico*, op. cit., p. 76.

²⁶² J. GROOPMAN, *op. cit.*, pp. 44-45.

²⁶³ Cfr. L. SANDERS, *op. cit.*, pp. 10-15.

I medici della terapia intensiva, invece, si concentrarono sulla diarrea emorragica che li indusse a pensare che la terapia antibiotica a cui era stata sottoposta la paziente aveva spianato la strada ad una infezione del colon causata da un batterio noto come *Clostridium difficile*, senza però trovarne la tossina corrispondente.

Di fronte ad un caso così complesso e non trovando alcuna spiegazione i medici decisero di rivolgersi ad un collega più esperto che, tra molti, viene individuato nel dottor Walerstein, primario del reparto di medicina dell'ospedale, che ha agito nel seguente modo. Inizialmente non lesse la cartella clinica per non essere influenzato dalle ipotesi di quanti già l'avevano visitata.

Infatti, fin troppo spesso nei casi complessi qualche elemento sfugge o è mal interpretato. Raccolse l'anamnesi sia dalla paziente che dalla madre; poi cominciò ad esaminare la ragazza, notando alla palpazione che il fegato era ingrossato e dolente. Soltanto allora si consentì di esaminare la cartella clinica, saltando le annotazioni ed immergendosi nella miriade di risultati anomali raccolti durante la degenza in terapia intensiva. Mentre i medici della terapia intensiva si erano concentrati sulla diarrea emorragica, senza approdare a nulla, per Walerstein quello non sembrava il sintomo più importante in quanto gli episodi di diarrea erano diminuiti da quanto la paziente era giunta all'ospedale. Si soffermò invece, come il personale del pronto soccorso, sulla mancata coagulazione del sangue. Poiché è il fegato a produrre la maggioranza delle proteine che provocano la coagulazione del sangue: poteva essere che non le producesse più? Poteva essere che il fegato non funzionasse affatto? Ciò avrebbe spiegato sia l'emorragia che l'itterizia. Questa ipotesi non era stata presa in considerazione dai colleghi che l'avevano preceduto poiché in caso di danno epatico si riscontra un sensibile aumento delle transaminasi che nella paziente però erano pressoché nella norma. Walerstein invece ipotizzò che il fegato della giovane fosse già distrutto al momento del suo ricovero e che dunque i marker del danno epatico (le transaminasi) non erano elevate perché non rimanevano più cellule epatiche da aggredire in quanto tutte danneggiate. Nessuno aveva azzardato una simile ipotesi. Eppure, a guardare le cose da quel punto di vista, tutto aveva senso. Poi Walerstein rivolse l'attenzione alla marcata anemia osservata fin dall'inizio. Era evidente che i suoi globuli rossi erano distrutti all'interno dell'organismo e nonostante gli esami lo dimostravano i medici non ne avevano tenuto conto nella ricerca della diagnosi.

Dunque Crystal presentava un'insufficienza epatica e la distruzione dei globuli rossi. Questa combinazione risvegliò qualcosa sepolto nella sua memoria. Walerstein sentiva i pezzi combinarsi a poco a poco come i denti di un antico ingranaggio. E poi, improvvisamente, capì di che cosa si trattava. Il medico si precipitò in biblioteca per verificare la sua intuizione. Aveva ragione: quella combinazione era una manifestazione insolita di una rara malattia, ovvero il morbo di Wilson. Walerstein ebbe modo di confermare la sua ipotesi diagnostica che comportava per la paziente un immediato trapianto di fegato. Crystal ricevette l'organo la settimana dopo e sopravvisse.

Come era riuscito Walerstein a formulare una diagnosi dopo che tanti avevano fallito? Egli rispose con modestia affermando che era stato soltanto abbastanza fortunato da conoscere una forma rara di una malattia rara. Nessuno può sapere tutto in medicina. È suonato un campanello ed è scattata la connessione. Ecco tutto.

Questa storia suggerisce chiaramente che il quadro temporale dell'intuizione non può essere stabilito a priori in modo assoluto e normativo poiché nel corso di un processo diagnostico l'incubazione intuitiva può essere alquanto variabile in virtù di un insieme di fattori tra loro interconnessi che riguardano il soggetto conoscente, il grado di complessità della situazione investigata e più in generale il contesto in cui il medico opera. Lo scenario, ad esempio, mostra che l'ampia conoscenza, la profonda attenzione ai dettagli nonché la giusta ponderazione dei dati e dell'aspetto della malattia sono stati dei fattori determinanti nel guidare il dottor Walerstein verso la corretta ipotesi diagnostica, rendendo il suo retroterra mentale più accogliente per lo sviluppo della sua ardita intuizione. Inoltre, ancora una volta il caso clinico è stato risolto grazie ad una intuizione rammemorativa ed improvvisa alla luce di una connessione alogica tra quanto il medico aveva osservato e un modello di malattia sepolto nella sua memoria.

La gestazione intuitiva non si può controllare poiché ha una sua tabella di marcia a cui presiedono una varietà di condizioni; tuttavia, meglio riusciremo ad identificare tali fattori, meglio riusciremo a comprendere come si possono assecondare, preparando il terreno per la nascita e lo sviluppo delle intuizioni²⁶⁴. Per di più alcuni filosofi concordano sull'esistenza di una specie di incubazione pre-intuitiva, ammettendo una via attraverso la quale è possibile liberare uno spazio interiore che consenta all'intuizione di germogliare. La conversione platonica, il dubbio cartesiano, la riduzione fenomenologica sono chiare esemplificazioni di alcuni tentativi volti ad individuare un percorso che possa favorire il sorgere di improvvise illuminazioni e allo stesso tempo evidenziano che l'istantaneità intuitiva, qualora non sia intesa in modo adeguato, non è in grado di dar conto della modalità con cui le intuizioni spesso appaiono alla mente del soggetto. In altre parole, l'intuizione emerge attraverso un processo di maturazione che ordinariamente è molto repentino, soprattutto nelle situazioni cliniche routinarie, ma non per questo automatico, mentre in molte altre circostanze, come mostra lo scenario clinico menzionato, le intuizioni appaiono nella forma di una lenta maturazione²⁶⁵ la quale, a sua volta, esige che siano riconosciute differenti tipologie di esperienze intuitive che possono aver luogo nel processo diagnostico.

Alla luce di quanto detto, se consideriamo il termine immediato come indicativo di un processo non mediato da alcun fattore, possiamo affermare che la fase "*dell' innesco dell'intuizione*" è mediata. Infatti, l'intuizione è favorita da una serie di condizioni che influenzano la sua genesi, la sua gestazione nonché l'accuratezza. Al fine di descrivere in modo adeguato questo aspetto non marginale del fenomeno intuitivo proponiamo l'espressione "*ecologia dell'intuizione*" che sarà argomentata più dappresso nel prossimo capitolo. In via generale, con tale locuzione si intende innanzitutto sottolineare che l'intuizione non sorge dal nulla in quanto il suo innesco e sviluppo sono sempre in relazione con un dato ambiente (*eco*) comprensivo, al contempo, delle condizioni esterne ed interne al soggetto conoscente. Allo stesso tempo, il termine ecologia intende sollevare la necessità di qualificare ogni ricerca sull'ambiente intuitivo come *logos*, ovvero sia come uno studio descrittivo e non normativo

²⁶⁴ Cfr. G. CLAXTON, *Hare Brain, Tortoise Mind: Why Intelligence Increases When You Think Less*, trad. it. a cura di L. SERRA, *Il cervello lepre e la mente tartaruga. Pensare di meno per capire di più*, Mondadori, Milano, 1998, p. 74.

²⁶⁵ C. PETITMENGIN-PEUGEOT, *op. cit.*, pp. 44-45.

dei fattori che possono generare un'intuizione clinica, coerentemente con una previa comprensione della sua natura, del suo oggetto e del suo funzionamento complessivo.

Al riguardo, in linea con quanto evidenziato da Aristotele²⁶⁶, poiché non possiamo conoscere adeguatamente un atto cognitivo senza esaminare l'oggetto specifico da esso conosciuto nonché il processo che lo caratterizza, tali aspetti del dominio intuitivo necessitano di essere esplorati con la dovuta considerazione.

1.4 L'oggetto dell'intuizione clinica e il suo valore epistemologico

Le prospettive filosofiche rassegnate nella sezione precedente enfatizzano la centralità cognitiva dell'intuizione in virtù del suo caratterizzarsi come un prezioso strumento d'accesso all'oggetto da conoscersi. In via generale, si passa da una concezione dell'intuizione come apprensione di contenuti metafisici, ad esempio la struttura profonda del reale (Spinoza, Bergson) o delle cause essenziali ed invarianti delle cose (Platone, Husserl), ad una visione della stessa intesa come modalità conoscitiva che ha per oggetto verità o principi auto-evidenti e dunque non necessitanti di ulteriori dimostrazioni (Aristotele, San Tommaso, Cartesio) o ancora che ha il suo approdo nell'elaborazione di un giudizio di esistenza su una realtà particolare (Ockam).

Come in parte già menzionato, il termine intuizione alla luce del suo significato etimologico è indicativo di un vedere intellettuale che si esprime con una visione di ciò che sta dentro un fenomeno, vale a dire non l'aspetto esteriore guadagnato attraverso la conoscenza dei sensi, ma la forma interiore o essenziale che lo specifica. Da un punto di vista filosofico, l'essenza a cui si attinge in tal modo non è da intendersi letteralmente alla stregua degli *eidos* platonici: ciò significherebbe affermare che l'intuizione clinica si sviluppa sulla base di una reminiscenza di idee innate di malattia contemplate dall'anima durante il suo vissuto disincarnato ed esistenti in modo autentico come ipostasi al di fuori del paziente, in un mondo ideale. Piuttosto, in accordo con il pensiero aristotelico, *"Poiché non c'è nessuna cosa, come sembra, che esista separata dalle grandezze sensibili, gli intellegibili si trovano nelle forme sensibili, sia quelli di cui si parla per astrazione sia le proprietà ed affezioni degli oggetti sensibili"*²⁶⁷

A tal proposito, mettendo da parte le assunzioni metafisiche platoniche non in linea con il contesto del processo diagnostico e sulla scia del realismo aristotelico che coniuga l'aspetto intellettuale con quello sensibile del conoscere, si introduce l'espressione *"intuizione essenziale"* per indicare la tendenza ad acquisire la conoscenza dell'essenza o forma delle cose, vale a dire la causa formale del fenomeno investigato. È utile esplicitare che nel vocabolario classico di conio aristotelico la causa formale è considerata quella più specifica, in quanto essa identifica e al contempo distingue una cosa da un'altra, facendo di un fenomeno proprio quello che è²⁶⁸. In altre parole, l'essenza o natura fa riferimento a qualcosa per cui una determinata situazione clinica è ciò che è, a prescindere dagli aspetti accidentali o distraenti che

²⁶⁶ ARISTOTELE, *L'anima*, op. cit., II, 4, 415a 15-20.

²⁶⁷ *Ivi*, III, 8, 432a 3-9.

²⁶⁸ Cfr. la nota dottrina delle quattro cause esposta da Aristotele nel terzo capitolo del Libro A della *Metafisica*. Con ciò non si vuole affermare che tale dottrina abbia per l'Autore una valenza esclusivamente in ambito metafisico, poiché se ne possono scorgere i riferimenti anche nelle sue opere di fisica e logica.

possono presentarsi. A titolo esemplificativo, nello **Scenario 4** l'intuizione del dottor Walerstein ha colto ciò che era essenziale nella presentazione clinica della sua paziente, vale a dire quel modello di malattia che, nonostante la sua rarità e il modo inusuale di manifestarsi, gli ha permesso di dare il giusto senso alla situazione investigata e alle occorrenze rilevanti in essa presenti, distinguendola da altri quadri clinici probabili ma non euristicamente fecondi. L'esperienza intuitiva è dunque più vicina alla clinica, ai suoi tempi, alle sue esigenze epistemologiche in virtù del concretizzarsi come capacità di comprendere il fenomeno nella sua forma propria e particolare, nel suo punto focale, alla luce di uno schema unitario ed esplicativo che tiene insieme la trama di relazioni di cui esso è intessuto.

Vale la pena aprire una breve parentesi sulla logica della causazione in riferimento all'ambito medico, volto a chiarire come l'intuizione clinica, così declinata, rappresenti un momento fondamentale nel concorrere all'acquisizione di una conoscenza che sia realmente adeguata al proprio oggetto e alla sua complessità strutturale. Si tratta, ancora una volta, di esplicitare lo stretto legame che sin dalla nascita unisce la medicina alla filosofia: Ippocrate è considerato a ragione il fondatore della medicina scientifica e razionale proprio per aver chiaramente impostato il ragionamento clinico alla luce del paradigma platonico-aristotelico della causalità²⁶⁹. In altre parole, "il vero sapere è sapere attraverso le cause" a qualsiasi livello del pensiero medico ci si pone. A titolo d'esempio, non avrebbe alcun senso esaminare attentamente la persona malata senza supporre che l'indagine sia volta ad individuare le cause dei segni e sintomi rilevati, così come sarebbero insensate le ricerche epidemiologiche senza sottintendere la possibilità di accrescere la nostra conoscenza delle cause di una malattia attraverso lo studio dell'ambiente.

A tal proposito scriveva Ippocrate:

*"Chi vuole dedicarsi in modo corretto all'indagine medica deve fare quanto segue. Anzitutto esaminare le stagioni dell'anno, l'influsso che ciascuna esercita [...]. Si devono poi esaminare i venti caldi e freddi [...]. Si devono esaminare anche i poteri delle acque [...]. Partendo da questi dati si devono valutare i singoli casi [...]. Riflessione e previsione delle circostanze opportune garantiscono un'ottima valutazione dei singoli casi, grandi probabilità di ottenere la guarigione e successi non piccoli nell'arte medica"*²⁷⁰.

La povertà anatomica e nosologica della medicina ippocratica è dunque in parte compensata da un approccio clinico caratterizzato da una spiccata sensibilità alla complessità strutturale dell'uomo malato e nei confronti di una logica della causazione dalla vocazione multidimensionale.

Questa premessa gnoseologica può sembrare banale ma in realtà non lo è se consideriamo l'*impasse* in cui da tempo è rimasto imbrigliato il ragionamento clinico, sminuendo e quasi deformando la portata di quanto era stato tracciato da Ippocrate. Infatti, da un punto di vista storico, si è assistito ad una riduzione della ricchezza semantica del concetto di causa così come era stato declinato da Aristotele nel

²⁶⁹ Su questo aspetto si vedano: G. COSMACINI, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2003, pp. 49-98; W. JAEGER, *Paidea. Die Formung des griechischen Menschen*, trad. it. a cura di A. SETTI, *Paidea. La formazione dell'uomo Greco. Il conflitto degli ideali di cultura nell'età di Platone*, vol. 3, La Nuova Italia, Firenze, 1990, pp. 3-76; F. LOPEZ, *Il pensiero olistico di Ippocrate. Riduzionismo, antiriduzionismo, scienze della complessità nel trattato dell'Antica medicina*, vol. 2, tomo A, Edizioni Pubblisfera, San Giovanni in Fiore (Cs), 2008.

²⁷⁰ IPPOCRATE, *Arie, acque e luoghi*, a cura di L. BOTTINI, Marsilio Editore, Venezia, 1986, pp. 73-75.

distinguerne quattro sensi specifici, ovvero la causa formale, la causa materiale, la causa efficiente e la causa finale, ognuna parimenti valevole nel contribuire ad una spiegazione e comprensione più ampia e fedele della realtà. Con la tradizione galileiana della scienza si giunge ad enfatizzare la sola causalità efficiente, proseguendo lungo un percorso che condurrà, con il positivismo e le sue recenti propaggini, ad accentuare l'oggettività esterna o fisica dei fenomeni, con ciò abbandonando ogni considerazione di quegli aspetti che sembrano sfuggire ad una spiegazione lineare ed empirica propria del rapporto di causa ed effetto²⁷¹.

Alla luce di queste considerazioni, articolare il concetto di intuizione clinica nei termini di una visione essenziale di un fenomeno risponde anche alla necessità di riabilitare in modo critico e consapevole un approccio epistemologico che sia in grado di fornire una spiegazione adeguata della complessità della realtà clinica, proprio in virtù della contemplazione di diversi livelli di causalità. Come si è avuto modo di argomentare, l'attività clinica con il suo focus sull'individuo malato si presenta come un universo multidimensionale e acquisire tale consapevolezza vuol dire, al contempo, rendersi conto che ogni avvenimento morboso può essere legato a diversi fattori che sembrano sfuggire ad una mera analisi lineare. Tutto questo presuppone una sorta di costante intuitiva, vale a dire una visione essenziale in grado di connettere in una forma unitaria aspetti e livelli del reale eterogenei, immortalando – per così dire – un fenomeno confuso nell'atto stesso di coglierne la forma specifica, ovvero di intuire.

Polanyi descrive questo aspetto dell'intuizione nei termini di un processo di "integrazione", proprio per sottolineare come elementi anche qualitativamente differenti siano organizzati in una unità significativa, diventando così oggetto di consapevolezza focale²⁷².

Tale declinazione dell'intuizione, ossia l'essere non una mera visione quanto piuttosto una visione essenziale, non è rintracciabile esclusivamente nella letteratura filosofica. Come evidenziato nel capitolo precedente, le teorie del processo duale del pensiero sottolineano il carattere olistico dell'intuizione clinica, vale a dire il suo fornire una visione integrata del fenomeno investigato, anche se occorre ribadire che il termine olistico non è da intendersi come sinonimo di onnicomprensivo ma come indicativo della capacità intuitiva di cogliere nella sua unità un aspetto del reale, senza pretendere di esaurire in esso tutta la realtà. Parimenti, l'ambito scientifico non è estraneo ad una siffatta concettualizzazione dell'oggetto intuitivo, come mostra uno studio condotto in Svezia tra il 1970 e il 1986, avente come protagonisti 84 premi Nobel per la fisica, la chimica e la medicina premiati durante gli anni di riferimento della ricerca²⁷³. Ad essi è stata posta la seguente domanda, "*Credete nell'intuizione scientifica - e in caso di risposta affermativa - come potrebbe essere definita?*". La trascrizione e la successiva rielaborazione delle risposte ottenute nel corso della discussione sul tema in oggetto hanno sostanziato quello che può essere considerato il primo studio empirico indiretto volto ad esplorare la natura e la funzione dell'intuizione scientifica attraverso "gli occhi di altre persone", senza tuttavia

²⁷¹ Cfr. D. VON ENGELHARDT, Spiegare e comprendere in medicina e psichiatria, in P. GIARETTA, A. MORETTO, G.F. GENSINI, M. TRABUCCHI, *Filosofia della medicina. Metodo, modelli, cura ed errori*, Il Mulino, Bologna, 2009, pp. 105-124:108.

²⁷² M. POLANYI, *Tacit Knowing: Its Bearing on Some Problems of Philosophy*, *op. cit.*, p. 602.

²⁷³ F. MARTON, P. FENSHAM, S. CHAIKLIN, A Nobel's eye view of scientific intuition: discussion with the Nobel prize-winners in physics, chemistry and medicine, in *International Journal of Science Education*, 16 (1994), pp. 457-473: 458-459.

trascurare che gli intervistati rappresentavano, a quel tempo, le persone più accreditate nell'ambito scientifico.

Nello specifico, lo studio rileva che la maggior parte dei partecipanti si sono espressi, con riguardo all'outcome intuitivo, nei termini di una visione complessiva, ossia una sorta di simultanea presenza di molti elementi che sono stati connessi, o ancora della scoperta di un modello che può essere conosciuto dalla mente anche se molti dei dettagli necessari sono mancanti. Analogamente a quanto avviene nella costruzione di un puzzle, i Nobel parlano dunque di elementi che ad un certo punto si cristallizzano, si fissano. In altre parole, in linea con le spiegazioni fornite, intuire vuol dire trovare o comporre un modello che, se adeguato, permette di illuminare il problema investigato, ed il ricorso a metafore visive (immagine, visione, vedere) non è casuale giacché nell'atto di avere una intuizione realmente si coglie la "struttura o forma" di un fenomeno nella veste di un contenuto mentale²⁷⁴.

Lo studio condotto da Ference Marton e colleghi è significativo nel ribadire ulteriormente alcuni aspetti basilari dell'intuizione, vale a dire la sua natura intellettuale, il carattere essenziale che denota i suoi risultati nonché la capacità di cogliere il suo oggetto senza conoscerne tutti o la maggior parte dei dettagli, aspetto che difficilmente potrebbe aver luogo in un ragionamento logico. L'intuizione clinica sembra ben rispecchiarsi nel quadro appena descritto, nella misura in cui quotidianamente i medici, e soprattutto quelli di corsia, pur non avendo il tempo di raccogliere ed analizzare in modo meticoloso così tanti dati né di "indugiare comodamente" nel formulare una possibile diagnosi, cominciano a generare delle ipotesi diagnostiche nel momento stesso in cui vedono un paziente per la prima volta²⁷⁵.

A tale particolarità dell'esperienza intuitiva ha dato voce qualificata il giornalista e sociologo canadese Malcolm Gladwell con la nota "*thin slicing theory*" secondo la quale l'intuizione si caratterizza nei termini di una capacità "*di trovare il «pattern» - la particolare struttura e/o peculiarità - di una situazione e comportamenti basandosi su fette sottili di esperienza*"²⁷⁶. Tra le molte esemplificazioni riportate, particolarmente significativi sono gli studi condotti dallo psicologo John Gottman, divenuto esperto di fama mondiale nel campo della consulenza matrimoniale per la sua capacità di cogliere, a partire da una sola seduta terapeutica e sulla base di indizi minimi, il *pattern* di un matrimonio, una sorta di DNA coniugale, proprio di ciascuna coppia e che emerge in ogni tipo di interazione significativa. Generalmente per conoscere una coppia si è portati a pensare che occorre osservarla per settimane intere, raccogliendo una grande quantità di informazioni che si stagliano su dimensioni alquanto differenti, ad esempio, quella affettiva, lavorativa, relazionale, economica, emotiva, ecc., e Gottman ha dimostrato che ciò non sempre è necessario, grazie ad un esercizio adeguato dell'intuizione in grado di illuminare la natura che è propria di una situazione²⁷⁷.

²⁷⁴ Ivi, pp. 466-467.

²⁷⁵ J. GROOPMAN, *op. cit.*, p. 44

²⁷⁶ Cfr. M. GLADWELL, *Blink: The Power of Thinking without Thinking*, trad. it. a cura di M. PARIZZI, *In un batter di ciglia. Il potere segreto del pensiero intuitivo*, Mondadori, Milano, 2005, p. 19.

²⁷⁷ Ivi, pp. 15-25. L'approccio della *thin slicing theory* è stato di recente recepito in ambito medico, a supporto della DPT nel ragionamento clinico e come ulteriore inquadramento del giudizio intuitivo. A tal proposito cfr. P. CROSKERRY, *Critical Thinking and Decision making: Avoiding the Perils of Thin-Slicing*, in *Annals of Emergency Medicine*, 48 (2006), pp. 720-722.

Alla luce di quanto detto, nella complessità e singolarità di un caso clinico, nella molteplicità dei fattori in gioco, nella frammentarietà di quanto raccontato dal paziente, la funzione conoscitiva dell'intuizione così intesa è soprattutto quella di individuare il filo conduttore, la forma esplicativa che tenga assieme il tutto²⁷⁸, laddove la conoscenza essenziale è qualcosa di più della mera conoscenza della somma delle relazioni contestuali, caratterizzandosi piuttosto come una visione della natura specifica del fenomeno nelle relazioni significative che lo costituiscono. L'intuizione ha, pertanto, un alto valore cognitivo in quanto un medico può affermare di aver compreso la specifica identità della situazione clinica investigata quando ne ha colto l'essenza, a condizione che questa sia stata correttamente identificata. In tal modo, l'intuizione si rivela essere un prezioso strumento in medicina, considerando che la capacità di generare precoci ipotesi interpretative allontana il rischio di determinare notevoli ritardi nella diagnosi, dando luogo ad indebiti e spesso dannosi appesantimenti dell'iter del ragionamento clinico²⁷⁹. Tutto questo, purché l'intuizione sia opportunamente intesa ed esercitata in quanto solo una *buona forma* può essere caparra di verità²⁸⁰.

1.5 Creatività e fallibilità dell'intuizione clinica

Stabilito che l'intuizione è un vedere ciò che sta dentro un fenomeno, ossia la sua essenza, occorre specificare ulteriormente come tale vedere dentro non comporti necessariamente l'andare più in profondità nella situazione clinica investigata, attraverso una ulteriore ricerca di dati. In molti casi, infatti, il vedere dentro si articola anche come un vedere ciò che è nascosto e quest'ultimo può essere semplicemente il "non notato", vale a dire qualcosa che è presente alla rilevazione percettiva e, al contempo, non è stato ancora strutturato dall'intelletto. In altre parole, ci sono situazioni in cui l'intuizione clinica offre una visione alternativa delle conoscenze disponibili, sulla base di una nuova, ovvero differente connessione di elementi già noti. Quanto detto è ben esemplificato nello **Scenario 4**: il dottor Walerstein nel visitare la sua paziente non prescrisse ulteriori esami né andò alla ricerca di nuove informazioni. Piuttosto il suo profondo acume clinico lo ha condotto ad una attenta ponderazione dell'aspetto della malattia che, nel seguente caso, era legato ad un marcato ittero e ciò lo ha portato *in primis* ad ipotizzare, seppur in modo non ancora del tutto informato, che il problema che affliggeva Crystal fosse legato ad un malfunzionamento del fegato. Questa prima constatazione si è poi andata ulteriormente specificando nell'incrocio con altri dati significativi non tenuti nella dovuta considerazione dai colleghi che lo avevano preceduto: la mancata coagulazione del sangue, l'anemia e soprattutto il dato contraddittorio rappresentato dai valori pressoché normali delle transaminasi per i quali Walerstein azzardò una ipotesi in apparenza priva di evidenza. Sulla base di questi pochi indizi, oltremodo indicativi, nella mente del dottor Walertain si è aperto un cassetto dentro il quale era conservata la nozione del morbo di Wilson in virtù di una differente connessione, in un quadro coerente, dei dati già disponibili che

²⁷⁸ Cfr. M. FORNARO, L'intuizione nella clinica psicoterapeutica. Disamina della sua validità sotto il profilo epistemologico, in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1 (2011), pp. 23-48: 30.

²⁷⁹ A. TORSOLI (a cura di), *Manuale di Metodologia clinica per studenti e giovani medici*, op. cit., p. 53.

²⁸⁰ M. FORNARO, op. cit., p. 30.

nell'insieme sembravano inficiare la logica, ma che fino a quel momento erano parsi privi di una alternativa valida e strutturata.

Questa assunzione dà una chiara idea della natura creativa dell'intuizione che consiste non tanto nell'acquisizione di nuove informazioni *“quanto nella capacità mentale di scoprire nel corso del tempo nuovi modelli o significati all'interno delle informazioni già esistenti, e di registrarli consciamente in forma di visione o intuizione. Benché i dati li fornisca l'esperienza, il processo non è di acquisizione ma di «ruminazione»”*²⁸¹.

A titolo esemplificativo, molte persone avranno visto cadere una mela da un albero sin dalla notte dei tempi, ma trovatosi di fronte a un tale evento naturale solo Newton si chiese: *“Perché la mela, cadendo da un albero, dovrebbe seguire una traiettoria costantemente perpendicolare, verso il centro della terra, e non dovrebbe invece muoversi lateralmente o verso l'alto?”*²⁸². A partire da questo dilemma e sulla base di un precedente lavoro di studio e di “ruminazione mentale”, egli giunse ad ipotizzare che tutti i corpi provvisti di massa hanno una forza di attrazione universale che chiamò gravità.

Vale la pena richiamare alla mente il matematico e filosofo francese Jules-Henry Poincaré e non solo per aver contribuito ad animare una revisione critica dell'idea empiristica di scienza. L'autore, infatti, nel riportare il contesto della scoperta scientifica alla sua vera natura congetturale, dà nuova luce alla funzione teoretica dell'intuizione intellettuale quale prezioso strumento per formulare ipotesi esplicative, e il suo tentativo è tanto più prezioso se condotto a partire da un ambito, per l'appunto quello delle scienze matematiche, così a lungo fermamente serrato sul binario esclusivo della formalizzazione. In questo contesto, Poincaré giunge a configurare una eloquente definizione di creatività che ben focalizza quanto siamo venuti sin qui declinando e nel darne conto, a partire dalle proprie esperienze creative, si rivela altresì un astuto e prezioso osservatore della natura dei processi mentali che presiedono alla generazione di una ipotesi intuitiva.

Ecco come Poincaré si esprime in merito alla creatività:

“Un risultato nuovo ha valore, se ne ha, nel caso in cui stabilendo un legame tra elementi noti da tempo, ma fino ad allora sparsi e in apparenza estranei gli uni agli altri, mette ordine, immediatamente, là dove sembrava regnare il disordine [...]. Inventare consiste proprio nel non costruire le combinazioni inutili e nel costruire unicamente quelle utili, che sono una esigua minoranza. Inventare è discernere, è scegliere [...] fra tutte le combinazioni che si potranno scegliere [...]. Non intendo dire che per inventare sia sufficiente mettere insieme oggetti quanto più possibile disparati: la maggior parte delle combinazioni che si formerebbero in tal modo sarebbero del tutto sterili. Ma alcune di queste, assai rare, sono le più feconde di tutti. Quel che più lascia colpiti è il fenomeno di queste improvvise illuminazioni, segno manifesto di un lungo lavoro inconscio precedente [...]. A proposito delle condizioni in cui (questo) avviene, vi è un'altra osservazione da fare: esso è impossibile, e in ogni caso rimane sterile, se non è preceduto e seguito da un

²⁸¹ G. CLAXTON, *op. cit.*, p. 53, virgolette nostre.

²⁸² R.M. ROYSTON, *Serendipity. Accidental Discoveries in Science*, John Wiley & Sons, New York, 1989, p. 13.

*periodo di lavoro cosciente. Le ispirazioni improvvisate [...] non avvengono mai se non dopo alcuni giorni di sforzi volontari, che sono sembrati completamente infruttuosi*²⁸³.

In sintesi, Poincaré definisce la creatività come unione di dati preesistenti in combinazioni nuove ed utili, specificando che il criterio in base al quale è possibile comprenderne la portata innovativa risiede nella possibilità della combinazione di essere funzionale nel mettere ordine in una situazione confusa, chiarificandola. In questa prospettiva, l'intuizione è strettamente connessa con il processo creativo in quanto visione improvvisa dell'essenza della situazione alla luce di un diverso legame tra elementi già noti. La lunga citazione fornisce inoltre alcuni ragguagli relativi ai fattori che possono favorire la generazione di una intuizioni creativa, evidenziando come questa non si dia dal nulla attingendo a conoscenze ed esperienze preesistenti, a cui si affianca l'impegno del lavoro intellettuale ed intenzionale sul caso, ma anche ad importanti competenze e capacità, quali ad esempio la padronanza della materia (senza la quale non si è in grado di riconoscere il significato di una nuova connessione), il saper individuare, con la dovuta attenzione, i dati significativi (di cui occorre una previa conoscenza), flessibilità mentale che consente di non rimanere imbrigliati negli usuali schemi di pensiero. Inoltre Poincaré allude esplicitamente ad una fase di incubazione che precede l'improvvisa illuminazione creativa, di cui si è consapevoli specialmente nelle esperienze intuitive non routinarie, e soprattutto nel fare riferimento ad una dialettica tra un lungo lavoro inconscio ed un periodo di lavoro cosciente è possibile rintracciare *in nuce* lo stesso meccanismo articolato da Polanyi nel descrivere la conoscenza intuitiva, articolata nei due poli della consapevolezza sussidiaria e focale. Del resto non è arbitrario l'accostamento tra questi due autori dal momento che Polanyi non manca di riconoscere l'utile suggestione esercitata dalle idee di Poincaré sulla sua teoria della conoscenza tacita²⁸⁴.

La valenza della definizione di creatività delineata da Poincaré esula dai confini della scienza pura e, a prescindere dal fatto che si stia parlando di una intuizione creativa o routinaria, essa non rinnega di riconoscere nell'esperienza intuitiva il momento più originario del processo conoscitivo.

In questa prospettiva, l'utilità dell'intuizione nel processo diagnostico è *in primis* teoretica, sebbene essa, sviluppandosi sempre all'interno di un contesto clinico, concorre in modo rilevante alla costruzione di una conoscenza adeguata che si articola nei termini di un sapere per l'azione. Nello specifico, la visione intuitiva svolge una funzione essenziale nel processo di identificazione della natura della condizione morbosa del paziente e, nella misura in cui illumina significativamente la fase diagnostica e conseguentemente l'ulteriore sviluppo del ragionamento clinico, fornisce informazioni che hanno un alto valore conoscitivo, purché essa sia stata sottoposta al controllo empirico ed intersoggettivo volto a valutare la coerenza, l'adeguatezza e la semplicità euristica dell'ipotesi evocata dall'intuizione²⁸⁵. Al contempo, le visioni intuitive contribuiscono ad arricchire ed ulteriormente specificare il background proprio di ciascun medico in quanto esse attingono a conoscenze ed esperienze

²⁸³ J.H. POINCARÉ, *Science et méthode*, trad. it. a cura di C. BARTOCCI, *Scienza e metodo*, Einaudi, Torino, 1997, p. 12.

²⁸⁴ H. PROSCH, *Michael Polanyi: A critical Exposition*, State University of New York Press, New York, 1986, p. 101.

²⁸⁵ J.P. KASSIRER et al., *Learning Clinical Reasoning*, op. cit., p. 6.

profondamente assimilate che, a loro volta, fungono da contenitori in cui sono suscettibili di iscriversi le nuove intuizioni.

Fermo restando il ruolo prezioso svolto dall'intuizione nel ragionamento clinico, non si può essere certi della validità di una conoscenza semplicemente perché essa è stata guadagnata per via intuitiva, sebbene in ambito filosofico essa sia considerata una cognizione evidente, infallibile e dunque non suscettibile di essere dimostrata.

Come mostrato nella sezione precedente, vi è una lunga tradizione in filosofia volta a considerare che l'evidenza intuitiva, vale a dire l'immediato darsi di un contenuto conoscitivo alla nostra mente, rappresenti un criterio certo di verità. A partire da Platone, questa idea si rafforza nell'età moderna con Cartesio, per essere rinverdata nel corso del Novecento soprattutto da Bergson ed Husserl che articolano le rispettive filosofie specularmente al tentativo di confutare l'idea positivista della verità come guadagno esclusivo della conoscenza logica, attraverso prove di natura empirica²⁸⁶.

La portata di questa tesi eccede l'ambito della clinica, dove non si tratta tanto di acquisire una verità di carattere generale ed universale, quanto piuttosto una conoscenza particolare riguardante il singolo paziente. Qui risiede il nodo cruciale della questione: infatti, l'attività clinica impone di volta in volta una spiegazione necessariamente situata della situazione investigata, vale a dire che in virtù delle specificità individuali una ipotesi diagnostica può essere tutt'al più coerente con uno schema generale di malattia ma non acriticamente sovrapponibile ad esso secondo un rapporto univoco. D'altro canto anche le intuizioni più brillanti o routinarie che appaiono, dunque, con un forte carattere di auto evidenza, non sono scevre di sospetto: *“la coerenza sintattica data dalla buona forma non è ancora garanzia di validità sul piano semantico, cioè di coglimento dello stato effettivo delle cose”*²⁸⁷ e lo **Scenario 4** mostra chiaramente quanto i medici che avevano visitato Crystal Lessing fossero ben lontani dall'individuare la natura di quanto osservato, visto che esclusero una insufficienza epatica nonostante la marcata itterizia, sviati dal dato rassicurante sul valore delle transaminasi.

L'ipotesi diagnostica ha sicuramente un ruolo fondamentale nel delimitare un contesto all'interno del quale si raccolgono le informazioni ulteriori²⁸⁸ e, tuttavia, come osservava Murri, *“sarà anche per noi il più valido strumento di progresso, ma non l'accetteremmo come tesi se non quando l'esperienza l'abbia saldissimamente dimostrata”*²⁸⁹.

Come evidenziato nella sezione precedente, la natura congetturale dell'intuizione e dunque la sua fallibilità sono state formalmente riconosciute nel contesto dell'epistemologia del razionalismo critico di Popper che vede nell'intuizione l'atto originario della conoscenza scientifica, fermo restando che le ipotesi esplicative così formulate necessitano di essere sottoposte ad una fase di verifica. Anche e soprattutto nell'ambito clinico, occorre pertanto tener ben ferma la distinzione tra contesto della scoperta, nell'ambito del quale l'intuizione ha un prezioso valore, e contesto della giustificazione, in cui i risultati intuitivi devono essere validati, considerando dunque

²⁸⁶ Cfr. M. FORNARO, *op. cit.*, pp. 25-26.

²⁸⁷ *Ivi*, pp. 31-32.

²⁸⁸ J. KASSIRER, *op. cit.*, p. 5. L'Autore sottolinea anche il carattere flessibile e dinamico delle ipotesi, cioè queste evolvono, si specificano o possono essere smentite e sostituite nel corso del processo diagnostico. A tal proposito Kassirer afferma che “Un'ipotesi diagnostica, comunque, non è un'entità singola; essa può essere paragonata ad un filmato anziché ad una istantanea”, p. 111.

²⁸⁹ A. MURRI, *Lezioni di Clinica Medica*, SEL, Milano, 1918, p. 46.

le intuizioni non principi ma ipotesi nel senso letterale della parola, ossia come “*punti di appoggio e di slancio*”²⁹⁰.

In altre parole, occorre distinguere l'immediata apprensione della natura del fenomeno clinico dal controllo della sua correttezza sul fronte empirico e razionale, così da evitare i rischi legati ad una eccessiva fiducia nei risultati intuitivi e conseguentemente alla riduzione della verità alla sfera della soggettività. In linea con la gnoseologia realista tratteggiata nella prima sezione di questo studio, occorre riconoscere e dunque mettere in comunicazione l'aspetto soggettivo con quello oggettivo della relazione conoscitiva, ove il focus esclusivo su uno dei due termini necessariamente fallirà nel compito di convergere verso la verità. Pertanto, la natura dell'intuizione intellettuale richiede, con le parole di San Tommaso, una “*conversio ad phantasmata*”, ossia un ritorno della mente all'esperienza. Infatti, poiché l'essenza colta dall'intuizione clinica, nel suo essere intenzionale e nel suo contenuto oggettivo, è una “*somiglianza alla cosa conosciuta*”, essa può essere compresa in modo adeguato soltanto se la stessa è confrontata con la realtà di riferimento²⁹¹. Vediamo ora di dettagliare meglio questo importante aspetto dell'intuizione in ambito medico, specificando come sia *in primis* riconducibile alla natura propria dell'oggetto da essa colto nel processo diagnostico.

1.6 L'essenza nell'intuizione clinica come unità morfica contingente

Il filosofo tedesco Josef Seifert, nella sua ripresa e rivisitazione del pensiero platonico, soprattutto con riguardo alla dottrina delle idee e dell'intuizione intellettuale, si sofferma sulla distinzione tra tre diverse tipologie di unità delle essenze, sostanzianti la differenza tra le scienze empiriche e quelle apriori.

Sulla scorta di von Hildenbrand, Seifert parla di “*tre tipi radicalmente diversi di essenze e di unità di essere-in-questo-modo*”²⁹²: maggiore è l'unità interna di una essenza, maggiore è il grado di universalità e necessità che la caratterizza, incidendo a sua volta sulla stabilità e perfezione della conoscenza che si può conseguire di questi contenuti.

Innanzitutto, ci sono le *unità accidentali* o quasi caotiche, ad esempio oggetti sparsi su un pavimento, un mucchio di grano, la cui unità è molto debole ed estrinseca. In questi casi solo impropriamente si può parlare di una conoscenza dell'essenza che, a sua volta, non può essere oggetto di apprensione a prescindere da una puntuale osservazione esteriore di come determinate unità casuali possano essere raccolte insieme.

In secondo luogo, esistono *unità morfiche contingenti*, oggetto specifico delle scienze empiriche, che possiedono una struttura sensata ed intrinseca che, tuttavia, potrebbe

²⁹⁰ Vale la pena notare che si è esplicitamente parafrasato un celebre passo tratto dal VI libro della Repubblica di Platone, ricalibrandone il tiro con riguardo alle specificità dell'ambito clinico. In esso l'Autore, nel descrivere il passaggio dal segmento della *dianoia*, o conoscenza discorsiva, alla *noesis*, o conoscenza intuitiva, assimila la *dianoia* ad una forma di sapere articolato in una serie di ipotesi, considerate, per l'esattezza, come punti di slancio a partire dai quali il pensiero può attingere intuitivamente il principio di ogni cosa, vale a dire ciò che è immune da ogni ipotesi. Cfr. Repubblica, VI, b 3 – c 2.

²⁹¹ S. TOMMASO D'AQUINO, *La Somma Teologica*, op. cit., I, q. 84, a 7 – c. Cfr. anche A. LLANO, *Filosofia della conoscenza*, Le Monnier, Firenze, 1987, p. 131.

²⁹² J. SEIFERT, *Ritornare a Platone. La fenomenologia realista come riforma critica della dottrina platonica delle idee* (trad. it. a cura di G. GIRGENTI), Vita e Pensiero, Milano, 2000, p. 57.

essere per certi aspetti anche diversa. Detto in altri termini, non è strettamente necessario che il leone ruggisca o che un girasole abbia i fiori gialli. Queste unità possono essere del tutto individuali, come nel caso di un'opera d'arte, o possedere una generalità che consente di distinguere i tratti generali dalle caratteristiche individuali, come nelle specie animali e vegetali. Le essenze morfiche contingenti sono conoscibili, seppur non nella forma di una puntuale certezza, a partire da una osservazione metodica che è condizione indispensabile nell'approccio a tutte quelle nature oggettive non necessarie.

Infine, ci sono le *unità necessarie*, ad esempio, le leggi della matematica, le regole degli scacchi, i valori morali, che hanno una incomparabile intelligibilità al punto che sulla base dell'esperienza di un singolo caso è possibile cogliere l'essenza di riferimento. Sulla base di una forte necessità interna, di tali essenze si possono cogliere tutti i numerosi caratteri che le connotano e le specificano apriori²⁹³.

La triplice distinzione del concetto di essenza riproposta da Seifert sembra essere teoricamente feconda nell'illuminare più dappresso la natura dell'essenza colta dall'intuizione clinica, raccogliendo sinteticamente le linee del discorso sinora delineato.

Il processo diagnostico ha come obiettivo principale quello di individuare e circoscrivere l'entità del disturbo lamentato dal paziente, al fine di porre in essere le strategie necessarie per ristabilire, se possibile, la salute dell'assistito. In questa fase, l'intuizione gioca un ruolo fondamentale in virtù della sua capacità di riconoscere il *pattern* specifico di una malattia nella situazione clinica investigata. L'essenza colta dall'intuizione clinica è, dunque, indicativa di quell'insieme di tratti (a volte, esigui, come nel caso delle condizioni patognomiche) che, nel momento in cui è oggetto di apprensione, consente al medico di ipotizzare ciò che non va nel proprio paziente.

In via generale, un modello di malattia è potenzialmente rinvenibile in presentazioni cliniche simili in virtù di alcuni aspetti che lo caratterizzano. Tuttavia, in ambito clinico, il medico non trova modelli di malattie universali e necessari, ma soltanto pazienti singolari e concreti. Detto in altri termini, le essenze colte dall'intuizione clinica non esistono come qualcosa di generale ed astratto, bensì individualizzate in ogni singola persona malata tale per cui, a parità di condizione morbosa, l'essenza conferisce loro una certa reciproca somiglianza, ma anche presenta in ciascuno di esse delle caratteristiche proprie²⁹⁴. Questo vuol dire innanzitutto che la presentazione clinica di una specifica malattia non è mai né del tutto univoca né equivoca, ma piuttosto analoga a quelle riscontrabili in altri pazienti affetti dalla stessa condizione morbosa.

In questa prospettiva, l'essenza del fenomeno clinico investigato si presenta con caratteri diversi da quelli esibiti da una natura necessaria in quanto potrebbe presentarsi anche in un altro modo in virtù della variabilità individuale. Lo stesso invece non può dirsi nel caso di una essenza necessaria: infatti, che la somma del numero sette con il numero cinque dia come risultato il numero dodici è vero ed evidente in ogni luogo e tempo e parimenti possiamo dire dell'asserto di conio scolastico secondo il quale nessuno può desiderare qualcosa senza che sia stato precedentemente conosciuto o pensato, anche se solo in una forma preriflessiva²⁹⁵.

²⁹³ Ivi, pp. 57-58. Cfr. anche G. GIRGENTI, Premessa, in J. SEIFERT, *op. cit.*, pp. XII-XIII.

²⁹⁴ Sulla natura dell'essenza con riguardo al principio di individuazione cfr. T. ALVIRA, L. CLAVELL, T. MELENDO, *Metafisica*, Le Monnier, Firenze, 1987, pp. 86-87.

²⁹⁵ J. SEIFERT, *op. cit.*, p. 58.

Allo stesso tempo, se i quadri morbosi si presentassero in modo del tutto accidentale o casuale, difficilmente un medico potrebbe comprendere cosa tiene insieme dei dati così disparati, al punto da sentirsi quasi costretto ad indietreggiare al cospetto di un fatto che appare irrazionale e incomprensibile²⁹⁶.

Che sia possibile cogliere un ordine nell'apparente quadro confuso di una presentazione clinica è un dato quotidiano certo ed indubitabile, pur facendo i conti con la speculare evidenza rappresentata dai molti errori cognitivi che hanno luogo nel processo diagnostico e che sono riconducibili a negligenze del singolo medico e, più in generale, ai limiti della mente umana, anziché alla totale casualità della natura del fenomeno investigato. Tale assunto non vacilla neanche di fronte alla constatazione dell'esistenza di una certa variabilità che può presentarsi all'interno di un modello astratto di malattia²⁹⁷, come ben esemplifica lo **Scenario 4** che mostra chiaramente l'abilità del dottor Walerstein nell'intuire una forma rara di malattia che, al contempo, presentava un aspetto alquanto insolito. Ciò suggerisce che il modello di tale condizione patologica può presentarsi in modi diversi che, tuttavia, non ne inficiano il riconoscimento in virtù di alcuni tratti che la connotano distinguendola da altre malattie, anche se occorre sottolineare che sarebbe impossibile sospettare una condizione patologica senza una sua previa ed accurata conoscenza e soprattutto senza un affinato acume clinico che consenta di identificarla. Oltre tutto il dottor Walerstein, lungi dal considerare la sua ipotesi diagnostica una certezza assoluta, non ha mancato di verificarne l'effettiva portata esplicativa. Infatti, poiché i pazienti affetti dal morbo di Wilson presentano spesso, un accumulo di rame negli occhi, visibile come un anello dorato intorno all'iride, il medico interpellò immediatamente un oculista che, grazie ai suoi apparecchi specialistici, vide gli anelli di rame, confermando l'ipotesi del dottor Walerstein²⁹⁸.

Quanto illustrato si iscrive in un percorso di ulteriore chiarificazione della natura epistemologica dell'intuizione clinica e dell'oggetto che la specifica, alla luce di un itinerario che non può essere svincolato da un approfondimento della conoscenza delle sue basi teoretiche. Al riguardo, pur apprezzando e accogliendo molti aspetti della filosofia platonica dell'intuizione intellettuale, del resto ripresi nella fenomenologia husserliana, ne occorre discutere alcune assunzioni, poiché non utili alla comprensione di questa figura gnoseologica in medicina.

²⁹⁶ *Ivi*, p. 57.

²⁹⁷ Come rileva Vito Cagli, i quadri di malattia sono delle costruzioni che si modificano nel tempo, di volta in volta che nuove acquisizioni, nuovi mezzi di indagine e anche nuovi modi di pensare entrano in gioco. L'Autore cita l'esempio del quadro dell'infarto del miocardio così a lungo confuso con la condizione patologica dell'*angina pectoris* e da questa distinguibile per la presenza di equivalenti elettrocardiografici della necrosi miocardica, assenti invece nella seconda. Questo esempio, inoltre, mostra chiaramente come l'espressione clinica della malattia di per sé non è sufficiente a isolare un quadro morboso. Insomma, la malattia non si identifica *sticto sensu* con i suoi sintomi in quanto può essere riconosciuta come un'entità ben definita anche alla luce di altre coordinate fondamentali, quali ad esempio la sede del processo morboso e i meccanismi che lo hanno generato. Cfr. V. CAGLI, *Le cime e le valli. Percorsi della medicina*, Armando Editore, Roma, 2010, pp. 21-24. Su questo punto, Gadamer non ha mancato di evidenziare che il sapere medico di volta in volta disponibile non deve essere inteso come qualcosa di conchiuso e assoluto, in quanto consiste nello stadio temporaneo della ricerca che, a sua volta, difficilmente il singolo medico è totalmente in grado di padroneggiare. In questa prospettiva, assume una rilevante importanza la capacità di saper valutare e cogliere in azione la natura della situazione su cui si sta indagando, senza con ciò esimersi dal sottoporre a verifica quanto è stato oggetto di apprensione intuitiva. Cfr. H.G. GADAMER, *Dove si nasconde la salute*, p. 8.

²⁹⁸ L. SANDERS, *op. cit.*, p. 14.

Nello specifico e alla luce di quanto detto, l'intuizione clinica, nel suo essere una facoltà intellettuale, coglie l'essenza nei fenomeni sensibili: come la vista coglie il dato come rosso o verde così l'intuizione coglie i dati clinici nella loro relazione significativa²⁹⁹, dunque in virtù di un percorso esperienziale e non sulla base di un acritico innatismo. Sennonché, una volta che sia stata esperita una visione essenziale, l'intuizionismo di matrice platonica non prevede un ulteriore movimento conoscitivo inverso che si dirige verso la realtà esterna, ma si acquieta nell'apprensione di un dato ideale, interno alla coscienza. In altre parole, tale forma di realismo ingenuo tenderebbe a misconoscere che l'intuizione, oltre ad essere una intuizione di un soggetto è, al contempo e soprattutto, una intuizione di un oggetto, afferisce cioè ad una relazione oggettiva che non può essere mancante se non si vuole ridurre la realtà entro i limiti del solo pensiero. Inoltre, tale operazione inversa della mente verso l'esperienza è tanto più necessaria se consideriamo da un lato che la realtà clinica non possiede i caratteri della universalità e necessità proprie dell'ambito matematico o delle verità morali ed estetiche, e dall'altro che la relazione conoscitiva istaurata dall'intuizione clinica si articola in un muoversi tra analogie per cui, una volta colta l'essenza, il modo di essere simile dei fenomeni, occorre non obliare il modo di essere diverso che è specifico di ogni situazione clinica investigata.

L'analisi testé condotta ora rimanda necessariamente ad una considerazione dell'intuizione clinica dal punto di vista dinamico, attraverso una panoramica della logica che sottende il suo funzionamento.

²⁹⁹ Cfr. S. VANNI ROVIGHI, *Istituzioni di filosofia*, La Scuola, Brescia, 1982, p. 41.

2. Il processo intuitivo e la sua educabilità

2.1 Introduzione

Se attraversiamo la storia del pensiero umano, scopriamo che l'intuizione gioca un ruolo essenziale in ogni campo della conoscenza, dalla filosofia alla scienza, dall'arte al management³⁰⁰. Confrontata con questa constatazione è alquanto sorprendente rilevare la presenza di poche ricerche votate allo studio dell'esperienza che accompagna e sostiene l'insorgenza di una visione intuitiva.

La maggior parte dei tentativi volti a studiare il funzionamento dell'intuizione si attesta su un piano prevalentemente teorico a cui non è seguito il supporto di una successiva fase sperimentale, mentre le ricerche empiriche sono state per lo più condotte non in modo sistematico, postulando delle relazioni del processo intuitivo con alcune variabili, suddivisibili in tre categorie principali: sociali, biologiche e situazionali. Molte delle relazioni analizzate sono potenzialmente interessanti (ruolo della memoria, della conoscenza pregressa, dell'esperienza, delle attitudini personali) e, tuttavia, nel loro essere principalmente collegate agli aspetti psicologici dell'intuizione, sembrerebbero attestarsi implicitamente sull'idea metaforica della cognizione come una scatola nera avente i propri *input* e *output*, in modo simile ad un computer³⁰¹.

Considerato lo stato degli studi sul tema, sarebbe auspicabile una svolta dialogica che metta in comunicazione i risultati della ricerca che ad oggi appare ancora troppo frammentata per le molteplici prospettive disciplinari da cui è condotta, e soprattutto sarebbe necessaria una più adeguata e condivisa definizione operativa dell'intuizione che sia in grado di illuminare e sostanziare in modo realistico e fattivo le indagini sulla logica del processo intuitivo, coerentemente con le specificità dell'ambito di investigazione.

Occorre, però, non trascurare quella sorta di opinione comune volta a considerare come paradossale ogni tentativo di rendere esplicita una esperienza, per l'appunto quella intuitiva, generalmente etichettata come inaccessibile e misteriosa in virtù del

³⁰⁰ A titolo esemplificativo, si veda il recente testo di L.S. OSBECK, B.S. HELD (eds.), *Rational Intuition. Philosophical Roots, Scientific Investigations*, op.cit..

³⁰¹ Per una panoramica degli studi condotti sul funzionamento dell'intuizione, per lo più in ambito psicologico, cfr. D.A. SCHIRLEY, J. LANGAN-FOX, *Intuition: A review of the literature*, op. cit.; Cfr. anche E. SADLER-SMITH, *Inside Intuition*, Routledge, London, New York, 2008.

suo manifestarsi in modo tacito, improvviso ed immediato. Al riguardo, l'espressione così spesso associata al processo intuitivo, ossia "*un conoscere senza conoscere come*"³⁰² è diventata un luogo comune negli scritti sull'argomento, contribuendo ad esacerbare i pregiudizi sull'intuizione perpetuati da una lunga tradizione epistemologica che ha le sue radici nella rivoluzione scientifica moderna e i tratti più spiccati nella filosofia positivista. Sia che si riduca la conoscenza al piano empirico o alle rigorose formalizzazioni matematiche e analitiche, vi è la tendenza a rifiutare quegli studi che hanno per oggetto tutte quelle esperienze soggettive non meramente esprimibili in termini quantitativi o ancora a denigrare il fenomeno intuitivo come non scientifico e irrazionale poiché non incontra le esigenze di una piena ed esplicita formalizzazione.

Al riguardo, nel *Tractatus logico-philosophicus*, Ludwig Wittgenstein identifica come scopo fondamentale dell'esercizio filosofico la chiarificazione logica del modo con cui esprimiamo i nostri pensieri e, in questa prospettiva, i limiti di ciò che può essere indagato coincidono con i limiti del linguaggio al di là dei quali, sempre secondo l'Autore, si dà solamente l'esperienza mistica³⁰³. In un contesto epistemologico così fortemente permeato dai limiti della formalizzazione linguistica dunque non stupisce se un fenomeno che appare sfuggente alla verbalizzazione come quello intuitivo sia stato posto in secondo piano³⁰⁴, anche se occorre rilevare che siffatta omissione di indagine si è consumata così lungamente proprio nel punto più originario del percorso conoscitivo, quello filosofico dove più critico dovrebbe essere l'esercizio della ragione a servizio della verità.

Raccogliendo il filo del discorso da poco avviato, l'epistemologia di Polanyi, in aperta polemica con la tradizione dominante, restituisce all'indagine filosofica la sua vocazione autentica, la *filia* per il sapere e per la verità, con il suo sforzo di ricalibrare la stessa definizione di razionalità, recuperando nello specifico "*un intrinseco legame tra razionalità formale e razionalità intuitiva, tra razionalità nella sua dimensione linguistica (esplicita) e razionalità nella sua dimensione non linguistica, nella sua dimensione tacita (tacit knowledge), come suole esprimersi Polanyi*"³⁰⁵.

In altre parole, Polanyi intende rovesciare un paradosso attecchito nella epistemologia tradizionale di cui le reticenze nei confronti del fenomeno intuitivo non sono che una delle tante conseguenze. In particolare, nonostante gran parte della conoscenza sia tacita o radicata nella conoscenza tacita, quest'ultima continua ad apparire "*come una piccola area luminosa circondata da una immensa oscurità*"³⁰⁶. L'Autore ricorre ad una descrizione fortemente metaforica per indicare lo stato di ombra che caratterizza la concezione della conoscenza inespressa in virtù di una acritica riflessione epistemologica che, tuttavia, ha finito per oscurare se stessa nei suoi reiterati e vani tentativi di spegnere il lume del dominio tacito su cui tutto poggia.

A titolo d'esempio, i medici riconoscono e discernono diversi modelli di malattia tra molti altri nella pratica clinica quotidiana e, allo stesso tempo, riescono a spiegare soltanto vagamente come il processo si è verificato nella loro mente. Ciò nel tempo ha

³⁰² Cfr. L. WINERMAM, What we know without knowing how, in *APA Monitor*, 36 (2005), pp. 51-52.

³⁰³ Cfr. L. WITTGENSTEIN, *Tractatus logico-philosophicus* (trad. it. a cura di A.G. CONTE), Einaudi, Torino, 1980, prop. 6. 44-45.

³⁰⁴ F. TRABATTONI, L'intuizione intellettuale in Platone. In margine ad alcune recenti pubblicazioni, in *Rivista di storia della filosofia*, 3 (2006), pp. 701-719: 701.

³⁰⁵ C. VINTI, *Epistemologia e persona. Dittico su Polanyi e Bachelard*, Armando, Roma, 2008, p. 49.

³⁰⁶ M. POLANYI, *The study of men*, trad. it. a cura di A. CASCINO, *Studio dell'uomo: individuo e processo conoscitivo*, Morcelliana, Brescia, 1973, p. 17.

indotto a pensare che la conoscenza diagnostica sia interamente riconducibile al dominio della razionalità logica, l'unica pienamente esprimibile e dunque compatibile con l'immagine tradizionale della scienza.

Le difficoltà nel fornire una descrizione piena e dettagliata della componente tacita che entra in gioco nel ragionamento clinico non deve indurre ad essere silenti su tale questione né sui termini con cui essa è generalmente evasa. Piuttosto, anche la dimensione tacita ha una propria logica di cui Polanyi con forza ha cercato di tracciare la struttura fondamentale, a partire da una riattualizzazione e rivisitazione critica della filosofia classica. Del resto, occorre ribadire che quando l'Autore parla di ineffabilità della conoscenza³⁰⁷, diversamente da Wittgenstein, non allude ad una esperienza mistica, ma continua a parlare di sapere, ed in particolare di "conoscenza sussidiaria o strumentale" che,

*"non è conosciuta in se stessa, ma è conosciuta nei termini di qualcosa che è conosciuto focalmente, alla cui costituzione qualitativa essa contribuisce; in questi limiti è non specificabile. L'analisi può apportare una conoscenza sussidiaria in area focale e formularla come una massima o come un lineamento in una fisionomia; ma tale specificazione in generale non è esaustiva"*³⁰⁸.

Qui troviamo le prime tracce di un filo rosso con cui Polanyi si ricongiunge alla tradizione platonica nell'ambito della quale prende forma *in nuce*, e senza alcuna ombra di dubbio, il primo tentativo di articolare una fisiologia dell'atto noetico. Ma sbaglieremmo nel ritenere che Platone sia riuscito a fornire una descrizione sistematica e puntuale del funzionamento dell'intuizione, vale a dire di un'esperienza che è *in primis* di un soggetto e come tale non è facile da tradurre in un linguaggio intersoggettivo. Del resto Platone stesso in alcuni passi del Simposio³⁰⁹, per bocca di Diotima, afferma di non essere sicuro che Socrate, il suo interlocutore, sarebbe stato in grado di comprendere il discorso sull'esperienza noetica con cui si giunge, improvvisamente, all'intellezione del Bello in sé, date le relazioni dinamiche non del tutto specificabili che si instaurano tra i molti elementi che ne sono alla base.

Se da un lato è vero che dell'esperienza intuitiva si ha una conoscenza ineffabile, questo non vuol dire che se ne debba negare l'esistenza o che non possiamo parlarne, ma solo che non possiamo descriverla in modo dettagliato. Questa inadeguatezza dell'articolazione è simile ai limiti che riscontriamo quando vogliamo rappresentare degli oggetti tridimensionali su una superficie piana: necessariamente la loro illustrazione sarà scomoda e presenterà solo un aspetto per volta, ma non potrà rendere manifesta pienamente le interrelazioni che sopraggiungono per unire i particolari in un tutto³¹⁰. Detto in altri termini, l'identificazione della natura del fenomeno clinico investigato avviene attraverso un percorso che parte da alcuni dati per giungere ad altri. Dal punto di vista processuale non si tratta di una operazione del tutto immediata ed esplicita, ma di un cammino in cui le singole fasi non sono pienamente descrivibili, soprattutto con riguardo al rapporto di integrazione tra elementi sussidiari, in cui entra in gioco tutto ciò che il soggetto porta con sé nella

³⁰⁷ Sul concetto di ineffabilità della conoscenza si veda M. POLANYI, *La conoscenza tacita*, in particolare pp. 186-191. Cfr. C. VINTI, *op. cit.*, p. 69.

³⁰⁸ *Ivi*, p. 187.

³⁰⁹ PLATONE, *Simposio*, *op. cit.*, 210 a - 210 e.

³¹⁰ Cfr. M. POLANYI, *La conoscenza tacita*, *op. cit.*, pp. 187-191.

investigazione e conoscenza del fenomeno, e quelli che sono oggetto di attenzione focale. Oltre tutto il contenuto ed il peso di tali fattori può variare da un caso cinico ad un altro, così come non è sovrapponibile in modo matematico in ciascun diagnosa.

Date queste restrizioni nell'articolazione dell'esperienza intuitiva da un punto di vista dinamico, il presente capitolo cerca di illuminare tipologicamente la struttura del processo intuitivo nei suoi aspetti logici o formali, a prescindere dalle considerazioni sulla natura e sulle attività del mentale ipotizzate recentemente dalle neuroscienze in quanto vanno oltre le finalità di questo lavoro. Nello specifico, sarà proposta una lettura fenomenologica dell'esperienza intuitiva alla luce della tradizione platonica rivisitata da Polanyi, integrata con quella aristotelico-tomista, e supportata dall'analisi di alcuni casi esemplari e dalla letteratura multidisciplinare.

La finalità principale di questa indagine è di porre le premesse per una ulteriore e più adeguata acquisizione di informazioni utili nel sostanziare e guidare l'educazione e il miglioramento dell'intuizione clinica, guadagnando in qualche modo nuova luce sul modo con cui possa essere innescata ed acquisita. Infatti, come suggerisce Robin Hogarth, l'articolazione di tali dimensioni del fenomeno intuitivo è cruciale nel delimitare ciò che dell'intuizione clinica potrebbe essere educabile, anche e soprattutto con riguardo a quegli aspetti che potrebbero condurre a delle erronee anticipazioni³¹¹.

2.2 La maieutica dell'intuizione clinica

Una delle fasi più significative del metodo di ricerca delineato da Socrate è rappresentato dalla maieutica, dal greco *maieutikè*, letteralmente "arte di far partorire". Se la confutazione ironica rappresenta la fase attraverso la quale Socrate conduce il suo interlocutore alla consapevolezza di non sapere o della fallacia delle sue opinioni, l'arte della maieutica – fondata sul dialogo – è quella che porta l'Autore ad aiutare l'interlocutore nel partorire le idee di cui è potenzialmente gravido, dando avvio al ragionamento³¹².

Il concetto di maieutica delineato dal filosofo ateniese si rivela una interessante metafora, se non altro per mettere a fuoco ciò che permette l'innescare del processo intuitivo da un punto di vista che potremmo definire "genetico", svolgendo per l'appunto un ruolo maieutico originario nei confronti della struttura processuale che la caratterizza. Per dirla in altri termini, l'idea che s'intende articolare non afferisce alle condizioni che possono influenzare il sorgere e lo sviluppo di un intuizione clinica in una specifica circostanza, ma al fatto che questa sembra essere un tipo di cognizione profondamente radicata in ogni essere umano, con cui si fa fronte all'iniziale sorpresa percepita al cospetto di ogni singolo fenomeno.

A tal proposito, Popper nell'argomentare a favore del carattere strutturato di ogni osservazione, allo stesso tempo si premura di prendere le distanze da quelle forme di innatismo, ben esemplificate dall'idealismo platonico, tese ad affermare che l'uomo porti con sé sin dalla nascita un repertorio conoscitivo antecedente ogni esperienza sensibile. Questa critica, tuttavia, non lo porta ad escludere ogni forma di innatismo gnoseologico: l'Autore, infatti, ammette una specie di innatismo pre-razionale, ma non

³¹¹ Cfr. R.M. HOGARTH, *Educating intuition*, op. cit., p. 68.

³¹² Sulla maieutica socratica cfr. PLATONE, *Teeteto* (trad. it. a cura di M. VALGIMIGLI), Laterza, Roma-Bari, 1971.

per questo illogico, che gli consente di spiegare meglio il ruolo attivo svolto dal soggetto in ogni osservazione. A tal proposito, Popper ha introdotto la questione nel seguente modo:

“Sappiamo che tutti gli esseri viventi, anche i più primitivi, reagiscono a certi stimoli. Queste reazioni sono specifiche; cioè a dire, per ogni organismo (e per ogni tipo di organismo) il numero di reazioni possibili è limitato. Possiamo dire che ogni organismo possiede un certo insieme innato di reazioni possibili, o una certa disposizione a reagire in questo o in quel modo [...]. Possiamo vedere ora come non è affatto paradossale assumere che le aspettative – cioè le disposizioni a reagire – devono precedere ogni osservazione e, in verità, ogni percezione: infatti certe disposizioni o propensioni a reagire sono innate in tutti gli organismi mentre le percezioni e le osservazioni chiaramente non sono innate”³¹³.

In questo orizzonte di aspettative innate Popper considera molto importante *“quella per cui ci attendiamo di trovare una qualche regolarità”³¹⁴*, bisogno che considera psicologicamente o geneticamente a priori, strutturando ogni esperienza osservativa.

Tale importante attesa, ben esemplificata dal bambino che si aspetta di essere curato dai propri cari, ha un importante ruolo maieutico nel lanciare in avanti il processo conoscitivo, incoraggiando nello specifico l'innescare di un approccio intuitivo al reale che, sin dalle sue scaturigini più istintuali, si rivela come intenzionale e teso ad *intus legere*. Infatti, la nostra propensione a ricercare delle regolarità non è imposta dalla mera ripetizione di un evento, ma da un atto interpretativo, da un punto di vista che non ha un valore assoluto. Ciò che per un medico può apparire una ripetizione, può non essere tale per un altro collega o per una persona estranea ai fatti, e questo per Popper vuole dire che siamo noi a cercare delle regolarità negli eventi che osserviamo, rintracciando in essi delle similarità che interpretiamo alla luce di alcune anticipazioni che sulle prime occorre considerare soltanto come ipotesi. In altre parole, se l'aspettazione di trovare delle regolarità nei fenomeni è gnoseologicamente a priori, spronandoci di fatto a trovarle, essa non può essere considerata valida a priori, poiché proprio tale tendenza potrebbe talvolta indurci a sperimentare una regolarità anche dove questa non è reale nel suo contenuto, prestando il fianco ad un atteggiamento dogmatico che di fatto nullifica ogni genuina attività conoscitiva³¹⁵.

In altre parole, una volta che sia stato colto un modello di malattia attraverso un processo intuitivo, tale contenuto conoscitivo non può essere considerato acriticamente una certezza assoluta e l'alta frequenza di errori diagnostici conferma questa ammonizione. A prescindere dai differenti e specifici fattori che possono essere alla base degli errori cognitivi in ambito diagnostico³¹⁶, l'ineludibile incertezza che caratterizza l'attività clinica, soprattutto quando si ha a che fare con situazioni non routinarie, suggerisce sempre di associare le ipotesi così evocate all'esperienza, al fine di evitare di proiettare sulla realtà delle attese che esistono solo nella propria mente.

³¹³ K.R. POPPER, *Objective knowledge*, trad. it. a cura di A. ROSSI, *Conoscenza oggettiva: un punto di vista evolutivista*, Armando, Roma, 1983, p. 448-450.

³¹⁴ K.R. POPPER, *Congetture e confutazioni*, op. cit., p. 86.

³¹⁵ Cfr. K.R. POPPER, *Conoscenza oggettiva*, op. cit., p. 45.

³¹⁶ Per una interessante rassegna degli errori cognitivi in ambito diagnostico si veda J.P. KASSIRER, R.I. KOPELMAN, *Cognitive Errors in Diagnosis: Instantiation, Classification and Consequences*, in *The American Journal of Medicine*, 86 (1989), pp. 433-441.

Alla luce di quanto appena detto, le radici più profonde dell'intuizione clinica sono intrinsecamente umane, in quanto ciò che *in primis* ne determina l'innescò è un comportamento innato e istintivo, che spinge a cercare un ordine nel reale oltre ciò che appare, che non può essere impedito né prevenuto. Vale a dire, il medico non può evitare di avere una generazione alogica dell'ipotesi diagnostica, da qui dunque la spontaneità originaria che connota questo processo cognitivo come suo ulteriore tratto fondamentale. Occorre nondimeno ribadire che questa dinamica innata di base funge esclusivamente da pungolo maieutico nei confronti dello sviluppo di una vera e propria intuizione la quale è determinata nella sua temporalità ed autenticità, come accennato, da un insieme di condizioni interconnesse.

L'innatismo psicologico e maieutico descritto da Popper, andando oltre il suo intento critico di fornire una risoluzione al problema dell'induzione, può essere compreso più adeguatamente nell'ottica dell'articolazione polanyiana del problema del rapporto tra ricerca e verità, e dunque della tensione interna all'attività conoscitiva, attraverso un ritorno e confronto critico con il pensiero platonico.

Nel richiamarsi all'impostazione gnoseologica del filosofo greco illustrata nel Menone e da lui considerata come una significativa testimonianza degli aspetti intuitivi del conoscere, Polanyi tenta di scogliere quel carattere paradossale della ricerca che si presenta in ogni campo di indagine. Nello specifico, Platone *"afferma che se noi conosciamo la soluzione di un problema, non c'è un problema, e che se non conosciamo la soluzione, non sappiamo cosa stiamo cercando e non possiamo aspettarci di trovare alcunché. Egli conclude che quando effettivamente risolviamo problemi, lo facciamo grazie al ricordo di passate incarnazioni"*³¹⁷. Probabilmente questa strana soluzione al paradosso della conoscenza ha fatto sì che tale questione non fosse presa sul serio dalle generazioni successive. Tuttavia, trattandosi di un problema che non può essere eluso, Polanyi tenta di risolverlo ammettendo un genere di intuizione che definisce "dinamica" proprio in virtù delle sue connaturate articolazioni.

Come accennato, l'Autore associa l'intuizione alla capacità di anticipare qualcosa di nascosto che ci fa intravedere, lasciando tuttavia intendere che questa cognizione poggia sin dall'inizio su una potenzialità, ossia su un sentimento di coerenza, che illustra attraverso una analogia, nel seguente modo:

*"La fisica parla di un'energia potenziale che è prodotta quando un peso scivola da un piano inclinato. La nostra ricerca per una coerenza più profonda è guidata similmente da una potenzialità. Percepriamo l'inclinazione verso una visione più profonda, così come percepriamo la direzione verso cui un corpo pesante è tirato lungo un piano inclinato"*³¹⁸.

L'intuizione dunque, sin dalle sue fasi aurorali, si orienta verso la realtà esterna con "un innato senso per la coerenza" che spinge la ricerca nel tentativo fiducioso di averne cognizione, poiché tale ordine c'è, anche se inizialmente ne abbiamo solo una vaga percezione o sensazione. Da qui l'azione deliberata del conoscere posta al servizio della fase spontanea o intuitiva che conduce alla scoperta³¹⁹, anche se l'Autore,

³¹⁷ M. POLANYI, L'immaginazione creativa, *op. cit.*, p. 131.

³¹⁸ *Ivi*, p. 132. È interessante evidenziare che nello studio empirico di Marton e colleghi sulla natura dell'intuizione scientifica in precedenza menzionato, gli intervistati descrivono l'intuizione, sulla base delle proprie esperienze personali, come una capacità strettamente associata ad un senso di direzione che afferisce più spesso al trovare un cammino che all'arrivare ad una soluzione o ad una risposta. Cfr. F. MARTON, P. FENSHAM, S. CHAIKLIN, A Nobel's eye view of scientific intuition, *op. cit.*, p. 468.

³¹⁹ *Ivi*, p. 139.

condividendo la prudenza epistemologica popperiana, è ben lontano dall'affermare che il sapere cosa cercare ci dia il potere di trovarlo. In altre parole, l'impresa conoscitiva ha come sua forza attrattiva uno scopo impersonale, ossia il fenomeno che stimola le nostre menti con indizi della sua coerenza e, tuttavia, proprio per la sua esistenza indipendente, *"può manifestarsi in modi ancora inattesi"*³²⁰. La possibilità di adeguarsi al polo impersonale della conoscenza, nel suo procedere sempre accanto al rischio dell'errore, risiede invece in un atto conoscitivo personale che ha come sua preconditione una "immedesimazione", uno stare dentro (*indwelling*) "il fenomeno che si cerca di investigare, portando con sé le conoscenze, le esperienze, le capacità, le passioni che sono strettamente personali e che possono fare la differenza nell'approssimarsi alla verità. Da questo punto di vista l'apprensione intuitiva sarà caparra di verità quando sarà equilibrata, quando consentirà allo scienziato così come al medico di vedere un problema dove gli altri non lo vedono, e di trovare un modo di risolverlo dove gli altri non vi riescono. E *"queste azioni della sua mente sono strettamente personali, attribuibili a lui e solamente a lui"*³²¹.

Si fa avanti, in un simile contesto, l'idea che la maietuica dell'intuizione clinica si iscriva nella più ampia struttura relazionale della conoscenza umana, tenendo insieme la realtà nel suo mostrarsi potenzialmente conoscibile, non dunque una mera serie di fatti caotici, e l'opera della facoltà intellettuale con il suo tendere ad una apprensione in atto della coerenza del proprio oggetto, attraverso un investimento di tutta la persona.

Polanyi, seppur non in modo sistematico, si è impegnato a fondo nel delineare una visione dell'esperienza intuitiva non solamente da un punto di vista statico ma soprattutto nella sua dimensione dinamica, generalmente più sfuggente ad una precisa cristallizzazione. Tuttavia, se con ogni evidenza esiste un aspetto ineffabile nella logica del processo intuitivo, è altrettanto innegabile che di esso si possa fornire una descrizione più adeguata, ossia più prossima alla verità, proprio facendo affidamento su un responsabile investimento della conoscenza personale che non rinunci alle sollecitazioni della realtà e del suo essere potenzialmente conoscibile.

2.3 La logica del processo intuitivo in medicina: il ruolo dell'analogia

Pat Croskerry, clinico nel settore della medicina d'urgenza e studioso del ragionamento in ambito diagnostico, spiega che:

*"prendere decisioni su persone in carne ed ossa ruota intorno al riconoscimento di modelli. Gli elementi chiave per la risoluzione di un problema medico – che vengano dalla storia clinica del paziente, dalle analisi e dagli esami, dalle radiografie o dagli studi di laboratorio poco importa – convergono verso un modello che il medico identifica come una specifica malattia o condizione fisica. [...]. E non si svolge secondo una logica e lineare combinazione di prove. La mente agisce come una calamita, attirando verso di sé informazioni proveniente da ogni direzione"*³²².

³²⁰ M. POLANYI, *Conoscenza ed essere*, op. cit., p. 163.

³²¹ M. POLANYI, *L'immaginazione creativa*, op. cit., p. 144.

³²² J. GROOPMAN, *op. cit.*, p. 43-44.

Facendo riferimento ai risultati di una serie di ricerche riguardanti la fase diagnostica del ragionamento clinico condotte da alcuni studiosi in ambito dermatologico, Georges Bordage, medico divenuto influente per i suoi studi sulle attività mentali in ambito clinico, ha osservato che gli errori diagnostici sono spesso causati “dall’incapacità di effettuare connessioni adeguate e di richiamare rapidamente conoscenze similari acquisite in precedenti consultazioni cliniche presenti in memoria”³²³.

I già citati Abernathy e Hamm, nelle loro ricerche condotte in ambito chirurgico, affermano che i medici intuitivi o esperti sono portati ad avere rapidamente più buone idee anche per i casi clinici più complessi, in virtù della loro capacità di abbinare le situazioni o i risultati relativi al singolo paziente a schemi o analoghe esperienze acquisite in passato³²⁴.

Mark Quirk, esperto nel settore della *Medical Education*, oltre a ribadire la connessione tra l’intuizione e il riconoscimento di similarità e differenze a partire dalle caratteristiche generali del paziente e del contesto di riferimento, sottolinea che tali informazioni similari possono anche essere responsabili di stereotipi e pregiudizi. Da qui l’imperativo di riflettere sui processi che hanno condotto ad elaborare un giudizio intuitivo, prima di porre su di esso un totale affidamento³²⁵.

Quanto riportato può essere ben esemplificato attraverso uno scenario clinico, ancora una volta tratto dal testo della Sanders³²⁶.

SCENARIO n. 5

Tamara Reardon è viva oggi perché un medico – che non era il suo – è stato in grado di fare una diagnosi sulla base di una descrizione di una sola riga della sua malattia. Tamara, quarantaquattro anni, godeva di buona salute finché una mattina non si era svegliata con mal di gola e febbre. Nonostante avesse preso un antiinfiammatorio, le doleva tutto e non riusciva a mangiare. Il giorno dopo riuscì a stento a recarsi dal medico di base con la febbre ancora molto alta, la gola in fiamme e un nuovo sintomo: le doleva la mascella, sul lato destro, così forte che parlare e mangiare le davano il tormento. La diagnosi fu di tonsillite, probabilmente da streptococco. L’avevano avuto i suoi figli qualche settimana prima, perciò il medico non le fece neanche un tampone e le prescrisse un antibiotico chiamato Biaxin. Dopo due giorni di terapia Tamara iniziò a sentirsi meglio, ma avvertiva un nodulo al collo che la preoccupava. Ritornò dal suo medico che, questa volta, poté meglio esaminarle la gola in virtù dell’attenuato gonfiore delle tonsille. Ciò gli permise di notare delle placche bianche in fondo alla gola che prima non c’erano, oltre ad un gonfiore sul lato destro del collo. Pensando che fosse un linfonodo ancora infiammato per la recente infezione, le prescrisse una terapia con steroidi nonché un appuntamento con uno otorinolaringoiatra per le placche bianche che lo lasciavano perplesso.

³²³ G. BORDAGE, Why did I miss the diagnosis? Some cognitive explanations and educational implications, in *Academic medicine*, 74 (1999), pp. S138-S143: S140.

³²⁴ C.M. ABERNATHY, R.M. HAMM, *op. cit.*, p. 4.

³²⁵ M. QUIRK, *Intuition and metacognition in medical education: keys to developing expertise*, Springer Publishing Company, New York, 2006, p. 44.

³²⁶ Cfr. L. SANDERS, *op. cit.*, pp. 54-57.

Gli steroidi la fecero sentire meglio, ma non appena terminata la cura la situazione si ripresentò ancora peggio di prima.

Si recò al pronto soccorso, dove le fu dato un antidolorifico e il consiglio di recarsi quanto prima da un otorino. Così fece, ma nemmeno lo specialista era sicuro di cosa avesse la sua paziente, dopo averla visitata. Quella sera l'otorinolaringoiatra, andando ad un convegno, si imbatté in un vecchio amico, il dottor Michael Simms specialista di malattie infettive. Mentre andavano a sedersi, ricordandosi del caso di Tamara, lo illustrò all'amico per chiedergli un consiglio. Simms, dopo aver passato in rassegna i fatti che questi gli aveva riferito, gli disse all'istante "penso che sia la sindrome di Lemierre". Simms visitò Tamara il giorno successivo, confermando la propria ipotesi e, poiché l'infezione potenzialmente letale si era già estesa ai polmoni, la paziente fu ricoverata in ospedale. Ebbe un decorso travagliato, ma sopravvisse.

Queste significative testimonianze suggeriscono alcune considerazioni generali in merito alla struttura del processo intuitivo e alla sua flessibilità.

Innanzitutto, esse chiamano in causa la tendenza dell'intuizione a cogliere una connessione essenziale a partire da pochi elementi chiave, attraverso la visione e il riconoscimento di tracce relative ad analoghi pazienti visitati in passato o a modelli di malattie che ne riassumo i principali caratteri, conservati in memoria. La cosiddetta *pattern recognition* è dunque il riconoscimento di uno schema di regolarità, ovvero ciò che può dare un senso di coerenza a qualcosa di apparentemente confuso, consentendo al medico di affermare che la presentazione clinica investigata è, ad esempio, una sindrome di Lemierre e non una tonsillite da streptococco³²⁷. Tale modello o schema può essere riconosciuto appunto perché già noto in altre situazioni, ma come mette bene in guardia Augusto Murri con riguardo all'ambito diagnostico, "Conoscere è ben diverso dal riconoscere; e qui si deve soprattutto riconoscere"³²⁸.

Il senso di questo ammonimento risiede nell'essere consapevoli che il processo di riconoscimento non è qualcosa di automatico, sebbene in molti casi esso è così rapido da sembrare non solo tale ma anche del tutto inconscio.

Considerando lo **Scenario 5**, come è stato possibile che il dottor Simms sia stato in grado di fare la giusta diagnosi per una paziente che non aveva visto direttamente, mentre chi l'aveva visitata, il medico di base, quello del pronto soccorso e lo specialista, non ne hanno saputo riconoscere il quadro morboso? Certamente la conoscenza ha un ruolo importante nel processo di riconoscimento di una malattia e nello scenario in questione, trattandosi di una sindrome rara, è probabile che il medico di base e quello del pronto soccorso non ne fossero informati. Lo specialista, tuttavia, la conosceva e soprattutto aveva riconosciuto la sindrome di Lemierre quando il dottor Simms l'aveva menzionata. Ciononostante, non era stato in grado di collegare la conoscenza della malattia con la sua tipica manifestazione clinica, probabilmente perché non l'aveva mai vista prima di allora e questo non gli ha consentito di costruire nella propria mente un prototipo (*illness script*) più realistico e dettagliato di quella malattia incontrata soltanto nei trattati di medicina³²⁹.

³²⁷ Per uno studio interessante del tema della *pattern recognition* si veda S. WATANABE, *Pattern recognition: human and mechanical*, Wiley & Sons, New York, 1985, in particolare pp. 1-20.

³²⁸ A. MURRI, *Quattro lezioni e una perizia*, op. cit., p. 11.

³²⁹ L. SANDERS, op. cit., pp. 57-58.

C'è però anche un ulteriore vantaggio dall'aver conosciuto una malattia in precedenti esperienze con i pazienti, ovverosia esso offre una maggiore possibilità (anche se non la certezza) di non mancarne la diagnosi rispetto a chi non l'abbia mai esperita direttamente in una situazione clinica reale, in quanto nel primo caso l'esperienza non è soltanto intellettuale, ma anche e principalmente emozionale e dunque qualcosa che si iscrive in modo più profondo, durevole e vivido nel nostro ricordo³³⁰.

Qui ritroviamo un eco della nozione polanyiana di "*indwelling*" pocanzi menzionata: infatti, la conoscenza diretta di una malattia dà luogo ad una maggiore conformazione dell'intelletto agli aspetti che ne caratterizzano la natura, e questo *surplus* personale gioca un ruolo importante nell'arricchimento della conoscenza sostanziante gli *illness script*, concorrendo alla comprensione focale del proprio oggetto.

Lo **Scenario 5** mostra anche chiaramente che spesso la chiave di lettura del fenomeno investigato è dischiusa dalla raccolta attenta e, dunque, intenzionale del dato anomalo o più strano tra quelli esibiti nella presentazione clinica, ossia il gonfiore sul lato destro del collo a sua volta indicativo dell'estensione dell'infiammazione alla vena giugulare; informazione che ha consentito al dottor Simms di risolvere il caso investigato, discriminandolo da altri con cui vi era una eventuale sovrapposizione.

L'intuire, dunque, non è un mero processo automatico di rammemorazione: esso piuttosto si identifica con quella visione che coglie le regolarità, i *pattern*, rappresentando il momento in cui un fenomeno cessa di essere caotico e comincia ad essere compreso come un complesso ordinato di relazioni. Ciò che rende possibile questo mutamento prospettico è, appunto, l'aver visto lo schema, ossia tracce che fanno pensare a delle ricorrenze già note, solo che applicate altrove (in un libro di testo, in un paziente in precedenza visitato, ecc.). In altre parole, quando un medico osserva la persona malata, associa mentalmente ciò che ha dinanzi ai suoi occhi con altri casi o conoscenze pregresse riconoscendo similarità, e tale processo, se ben articolato, consente di vedere la presentazione clinica investigata nel suo nesso logico con un evento patologico specifico.

Vale la pena precisare che vedere un modello, riconoscere in un fenomeno delle caratteristiche proprie di altri eventi, poniamo due situazioni cliniche che presentano tratti di continuità, è fondamentalmente un muoversi tra analogie.

Al riguardo il concetto logico di analogia – introdotto da Aristotele e precisato nella tradizione scolastica dell'Aquinate – è indicativo di quella proprietà dei concetti in virtù della quale essi si predicano dei loro soggetti in un senso in parte uguale e in parte diverso³³¹, rappresentando una via intermedia di significazione tra i due estremi dell'univocità e della equivocità. Così declinata, l'analogia più che fondarsi sul carattere convenzionale del linguaggio o sulla mancanza di precisione dello stesso, esprime piuttosto l'esigenza della mente umana di adeguarsi in modo più genuino ad una realtà nella quale esistono delle somiglianze, che necessariamente si riflettono nel pensiero e dunque nell'uso delle parole. Infatti, il termine analogia, dalla parola greca *ἀναλογία* e tradotta in latino con *proportio*, significa appunto proporzione, denotando che tra alcune cose non esiste una diversità assoluta, ma neanche una piena identità, bensì una certa somiglianza o uguaglianza che possiamo considerare proporzionale³³².

³³⁰ V. CAGLI, *Come si ragiona in medicina*, op. cit., p. 53.

³³¹ S. TOMMASO D' AQUINO, *La Somma Teologica*, op. cit., I, q. 15, a. 5.

³³² Cfr. J.J. SANGUINETI, *Logica e gnoseologia*, op. cit., p. 66-67.

Questa particolare attenzione alla natura articolata, ossia complessa della realtà nonché al modo di esprimerla e di applicare ad essa i nostri contenuti mentali, trova una felice esemplificazione proprio nell'ambito clinico in cui il medico quotidianamente giunge a formulare un'ipotesi diagnostica associando le caratteristiche cliniche del proprio paziente con le conoscenze ritenute in memoria, cercando di fatto delle somiglianze, delle regolarità nel modo di manifestarsi delle malattie. In questi casi, l'applicazione di un modello o schema sintomatologico alla situazione specifica non avviene secondo la predicazione univoca, propria dell'esattezza matematica, delle idee chiare e distinte, così a lungo sposata dalla modernità, ma alla luce di una predicazione analoga in virtù della quale un medesimo modello si adatta (proporzione) alla natura e alle caratteristiche di vari soggetti non nello stesso modo, ma secondo una certa somiglianza formale³³³.

Tenuto conto di quanto detto, si può affermare che l'analogia giochi il proprio ruolo di strumento di lavoro nel processo intuitivo a due livelli: *in primis* ne è oggetto, nel senso che ciò che viene intuitivo sono appunto somiglianze. Come ampiamente argomentato, l'intuizione clinica coglie un *pattern*, un complesso ordinato di relazioni essenziali, riconducibili per associazione ad una categoria nosografica di riferimento, quale potrebbe essere il morbo di Wilson, la sindrome di Lemierre, l'ipertiroidismo, ecc.. Tale essenza è una similitudine della cosa conosciuta, vale a dire è un qualcosa che assomiglia o che fa sospettare un evento patologico non ancora al momento percettibile (ma visibile all'occhio della mente), in virtù di un insieme di tratti significativi. Tuttavia, affinché un modello di malattia possa realmente fungere da contenitore adeguato per spiegare la situazione investigata, si rende necessario un percorso al rovescio tale per cui dallo schema noto a monte ne se deducano i sintomi da ricercare nel caso in oggetto per l'eventuale conferma dell'ipotesi diagnostica.

In secondo luogo, l'analogia funge da soggetto nel processo intuitivo nel senso che il meccanismo stesso di ricognizione è un muoversi cercando tracce di somiglianze. A tal proposito, si è detto che non è possibile fare diagnosi in un paziente se non si ha conoscenza in memoria della sua specifica malattia. Questo background clinico è generalmente acquisito dai libri di testo, dalle riviste, dai convegni e, infine, con sempre maggiore realismo e dettaglio, dall'esperienza diretta con i singoli pazienti³³⁴. Nella misura in cui si è intenzionalmente aperti all'acquisizione di siffatta conoscenza clinica, l'intelletto diventa in qualche maniera tutte le cose³³⁵, vale a dire quando

³³³ Cfr. S. TOMMASO D' AQUINO, *Sulla Verità*, q. 2, a. 11. Quando associamo la *pattern recognition* (P. R.) all'analogia non intendiamo affermare che essa ne esaurisca il campo semantico. Il genere dell'analogia è più ampio e comprensivo di quello della P. R.. Nella filosofia scolastica, infatti, il concetto di analogia è molto articolato e se ne possono distinguere diverse sfumature, riconducibili a due tipologie principali: l'analogia di attribuzione e quella di proporzionalità. In via generale, nel primo caso un concetto si predica di alcuni soggetti secondo l'analogia di attribuzione quando si dice di uno in senso principale, e degli altri in senso secondario e derivato. Nel secondo caso, un concetto è analogo in senso proporzionale quando si applica a diversi soggetti non nello stesso modo, bensì in modo proporzionale, ossia secondo una somiglianza di rapporti. La P. R. può essere considerata una versione aggiornata dell'analogia di proporzionalità, relativa cioè alle regolarità formali dei fenomeni sotto osservazione. Per una analisi dettagliata del tema dell'analogia si consideri il già citato testo di J.J. SANGUINETI, *Logica e gnoseologia*, in particolare pp. 66-74; cfr., inoltre, F. BERTELE, A. OLMI, A. SALLUCCI, A. STRUMIA (a cura di), *Scienza, analogia, astrazione. Tommaso d'Aquino e le scienze della complessità*, Il Poligrafo, Padova, 1999. Di questo testo si segnala l'interessante accostamento del concetto di analogia, e dunque la sua esplicita riproposizione, in relazione ai recenti paradigmi della complessità del reale: la predicazione analogica, sebbene esperita quotidianamente, può infatti aspirare ad una consapevole teorizzazione soltanto in un contesto in cui non sia dominante una mentalità scienziata e riduzionista.

³³⁴ L. PAGLIARO, M. BOBBIO, A. COLLI, *op. cit.*, p. 89.

³³⁵ ARISTOTELE, *L'Anima*, *op. cit.*, III, 8, 431b 20.

conosce ne assimila la forma facendola propria, comprendendola. L'epistemologia platonico-aristotelica rende molto chiaro questo aspetto della conoscenza intellettuale attraverso il ricorso a metafore tattili o ponendo un parallelo tra pensare e percepire, con ciò esplicitando l'idea di un contatto, per quanto non sensibile, a seguito del quale l'intelletto risulta affetto dall'oggetto che ha toccato, lasciando in esso una impronta corrispondente all'essenza conosciuta, una sorta di traccia intellettuale che permane nella mente e che fornisce la base della conoscenza³³⁶.

L'intelletto conserva dunque memoria di queste sue precedenti comprensioni che sono tanto più vivide quanto più sono esperite con frequenza e accompagnate dalla riflessione, e pertanto quando si trova di fronte una situazione clinica che presenta dei tratti la cui forma è simile a qualche precedente conformazione già assimilata, questa analogia si impone nella visione essenziale di una continuità tra le forme. In altre parole, ci si ricorda in qualche modo di quanto precedentemente acquisito che durante la nuova intelligenza fa valere i propri diritti, anche se tale meccanismo può generare dei *bias* se si frappone al richiamo di altri modelli meno evidenti ma non per questo inadeguati³³⁷.

Da un punto di vista filosofico, vi è perciò un chiaro parallelo sempre sotteso tra il processo intuitivo inteso come *pattern recognition* e la teoria platonica della reminiscenza, anche se occorre ribadire che la ricognizione intuitiva non ha l'esattezza propria della matematica, considerando che il suo muoversi tra analogie si articola sempre in un contesto caratterizzato da una ineludibile variabilità, sicché il risultato intuitivo dovrà essere prudentemente inteso come una ipotesi in cammino verso la verità, da sottoporre al vaglio del controllo. Inoltre lo sviluppo dell'intuizione clinica attribuisce un diverso valore all'esperienza che va oltre il mero ruolo meccanico di sollecitatore del ricordo. Piuttosto, esso può essere letto come una sorta di moto a delfino poiché il medico necessariamente deve immergersi nell'osservazione recettiva del paziente per poter poi riemergere alla luce attraverso il suo vissuto cognitivo, esperienziale ed emotivo con una ipotesi adeguata. In altre parole, il medico deve essere sensibile agli stimoli della situazione investigata, porsi con un atteggiamento di ascolto, per rendere più ampia e flessibile la possibilità di acquisire dati che sono indispensabili affinché l'intuizione possa essere caparra di verità³³⁸. L'intuizione clinica ha maggiore possibilità di cogliere il vero quanto più il medico partecipa del fenomeno oggetto di indagine e, pertanto, occorre ben distinguere una concezione dell'intuizione come apprensione di un contenuto mentale che non si dà a prescindere dall'esperienza concreta, da una concezione dell'intuizione come mera contemplazione di un oggetto ideale esistente in una realtà ultraterrena e perciò conoscibile in modo adeguato esclusivamente attraverso una esperienza sopra-sensibile.

2.4 Tipologie dell'intuizione clinica

Quanto si è appena descritto – l'idea cioè del processo intuitivo come una visione di analogie – permette di articolare ulteriormente la conoscenza dell'intuizione clinica, distinguendone tre tipologie principali.

³³⁶ Cfr. F. FRONTEROTTA, Platonismo e scienze della mente: cos'è l'intuizione? In J. DILLON, M.E. ZOVKO (eds.), *Platonism and Forms of Intelligence*, Akademie Verlag, Berlin, 2008, pp. 191-209: 208.

³³⁷ L. PAGLIARO, M. BOBBIO, A. COLLI, *op. cit.*, p. 96.

³³⁸ Cfr. M. FORNARO, L'intuizione nella clinica psicoterapeutica, *op. cit.*, p. 38.

Con riferimento alla caratteristica dell'immediatezza, si è accennato ad una differente temporalità che può presiedere alla gestazione intuitiva, evidenziando che il riconoscimento di un *pattern* di malattia può essere un processo molto veloce così come può prolungarsi per un tempo maggiore.

Generalmente nel caratterizzare l'esperienza intuitiva in ambito clinico si è soliti descriverla nei termini di un processo rapido e spontaneo che non richiede, almeno in apparenza, alcuno sforzo mentale. Come evidenziato da Mike Hobsley, professore emerito di chirurgia presso la *Univerity College of London*,

*“Il medico nella sua pratica quotidiana vede così tanti pazienti con storie virtualmente identiche che nella sua esperienza giunge quasi sempre ad effettuare la giusta diagnosi; infatti, nell'istante in cui vede quel segno generalmente associato ad una diagnosi specifica, egli ha un lampo intuitivo e conosce la risposta. Il medico ha una tale familiarità con il problema che può anche non essere consapevole di come la sua mente lavora”*³³⁹.

Alcune forme di *pattern recognition* sono abbastanza semplici poiché si basano su un'ampia conoscenza ed esperienza largamente ripetitiva di casi simili, caratterizzati per lo più da presentazioni cliniche comuni o tipiche, al punto che l'identificazione del modello di malattia diventa molto rapido da rendere quasi impercettibili i processi che la rendono possibile.

Questa tipologia di intuizione che potremmo denominare *ordinaria* è una caratteristica peculiare del medico esperto, della sua prolungata e ripetuta pratica nei modi di osservare un problema clinico, supportata da continui feedback da parte del contesto, sino a quando sia possibile cogliere un nesso tra la causa e l'effetto nel fenomeno investigato a prescindere da tutta una serie di passaggi analitici che normalmente sarebbero necessari per giungere a tale apprensione.

In ambito psicologico, alcuni studiosi etichettano questa tipologia di esperienza cognitiva parlando di intuizione inferenziale, ossia di giudizi basati su processi analitici che nel tempo sono divenuti automatici con la pratica. Essa consente di cogliere il proprio oggetto sulla base di poche informazioni e attraverso una sorta di “balzo intuitivo”, ossia in virtù di un processo in cui diversi *steps* intermedi sono stati omessi o oscurati giungendo in modo abbastanza rapido ad una conclusione³⁴⁰.

Cartesio fornisce una significativa testimonianza dell'intuizione inferenziale di cui oltre a sottolinearne l'utilità, ne evidenzia anche alcune attitudini fondamentali che ne sono alla base:

“la memoria [...] essendo labile ed inferma, deve essere richiamata e confermata attraverso questo continuo e ripetuto movimento del pensiero: così, se ho conosciuto mediante più operazioni dapprima quale sia il rapporto tra le grandezze prima e seconda, poi tra la seconda e la terza, quindi tra la terza e la quarta ed infine tra la quarta e la quinta, non per questo vedo quale sia il rapporto tra la prima e la quinta, né posso dedurlo da quelli già conosciuti, se non mi ricordo di tutti. Perciò mi è necessario percorrerli con un pensiero iterato, finché non passo dal primo all'ultimo così

³³⁹ M. HOBSLEY, Reasoning like greased lightning. Discussion about intuition in surgery as a strategy of medical decision-making. Its potency and limitations, in *Theoretical Surgery*, 6 (1991), pp. 76-77: 76.

³⁴⁰ J.E. PRETZ, Types of intuition: inferential and holistic, in M. SINCLAIR (ed), *Handbook of Intuition Research*, Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2011, pp. 17-27: 17-18.

*velocemente che, senza lasciare quasi nessuna parte alla memoria, mi sembri di intuire la cosa tutta nello stesso tempo. Chiunque vede che in questo modo si corregge la lentezza dell'ingegno e se ne amplifica anche la capacità. Ma bisogna, oltre a ciò, avvertire che la più grande utilità di questa regola consiste nel fatto che, riflettendo sulla mutua dipendenza delle proposizioni semplici, acquistiamo la pratica di distinguere subito ciò che è più o meno relativo e per quali gradi possa essere ricondotto a ciò che è assoluto*³⁴¹.

Il brano è denso di implicazioni sull'esercizio e lo sviluppo dell'intuizione inferenziale in ambito clinico, mostrandone chiaramente la stretta connessione con l'acquisizione di conoscenze ed esperienze cliniche reiterate, con l'attitudine a riflettere che potenzia la memoria.

Innanzitutto, occorre una conoscenza di base del fenomeno morboso investigato, delle sue caratteristiche tipiche ed essenziali, cognizione che è tanto più realistica e presente nella memoria di lungo termine quanto più essa è sostanziata da una esperienza diretta e continua. A tal proposito, William Osler era solito ripetere ai propri studenti che *“Il valore dell'esperienza non è nel vedere molto, ma nel vedere saggiamente”*³⁴², vale a dire che essa deve essere accompagnata da una adeguata riflessione e ponderazione per poter trarre beneficio da ciò che offre soprattutto nei termini di una rappresentazione naturalistica delle malattie, mostrandone gli aspetti essenziali insieme a quelli variabili di cui è fondamentale avere conoscenza per la diagnosi.

Come mostra la **Figura 1** di seguito riportata³⁴³, il sapere clinico così declinato può essere raffigurato alla stregua di un network, che nel corso del tempo diventa più ampio ed articolato, costituito da una serie di nodi che possono essere associati alle conoscenze di base, a ricordi di casi singoli o a prototipi di malattia, *“legati tra loro da connessioni che sono tanto più forti quanto più sono ripetitivamente percorsi nel lavoro quotidiano di diagnosi o di terapia. Per esempio, nella mente di un gastroenterologo le connessioni tra i nodi che rappresentano diarrea, dolore addominale e intestino irritabile sono percorse incomparabilmente più spesso di quelle tra diarrea, interpretazione fisiopatologica di diarrea e vipoma”*³⁴⁴ e ciò avvantaggia e rende più rapida la diagnosi del problema investigato, facilitando la connessione tra la presentazione clinica e il nodo di riferimento, senza percorrere tutti i passaggi necessari.

In tal senso Cartesio, nell'asserire che non viene lasciata quasi nessuna parte alla memoria intende affermare che l'intuizione inferenziale, proprio perché supportata da un'ampia pratica, non abbisogna di richiamare alla mente tutte le informazioni necessarie del caso, né di procedere passo dopo passo nell'acquisizione del proprio risultato, anche se tali conoscenze ed abilità sono comunque presenti nel processo intuitivo a livello sussidiario e pertanto possono essere esplicitate a posteriori semplicemente perché al momento sono state bypassate e non cancellate definitivamente dalla memoria.

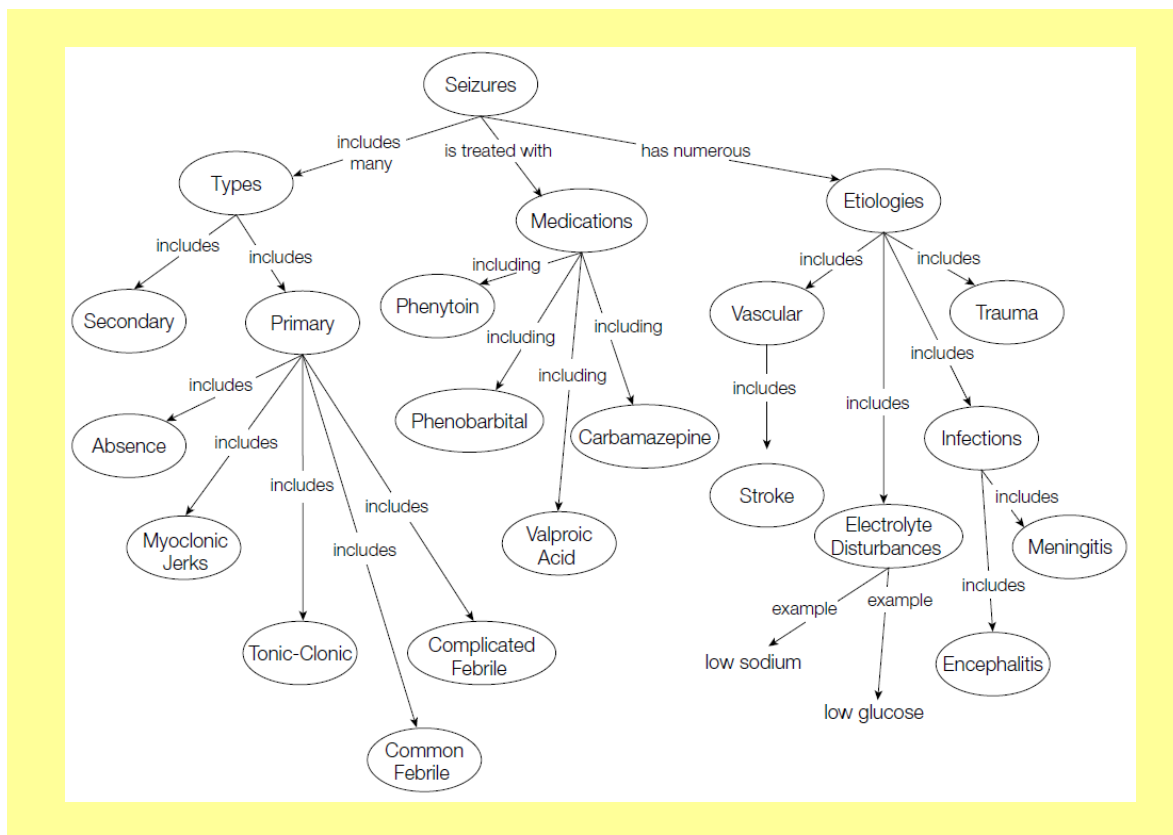
³⁴¹ R. DESCARTES, Regole per la direzione dell'ingegno, *op. cit.*, XI, p. 745.

³⁴² Citato in M.E. SILVERMAN, T.J. MURRAY, C.S. BRYAN, *The Quotable Osler*, American College of Physician, Philadelphia, 2008, p. 198.

³⁴³ D.C. WEST, J.R. POMEROY, J.K. PARK, E.A. GERSTENBERGER, J. SANDOVAL, Critical thinking in graduate medical education. A role for concept mapping assessment?, in *JAMA*, 284 (2000), pp. 107-112.

³⁴⁴ L. PAGLIARO, M. BOBBIO, A. COLLI, *op. cit.*, p. 94.

Figura 1 Esempio di network della conoscenza clinica relativo al sintomo convulsioni di uno specializzando del primo anno (tratto da D.C. WEST, J.R. POMEROY, J.K. PARK, E.A. GERSTENBERGER, J. SANDOVAL, 2000).



Da quanto si è detto, in tutti questi casi più che un vedere in successione si realizza un vedere istantaneo di una occorrenza tra i dati raccolti e il loro significato essenziale al momento non visibile e tuttavia congiunto con quelli secondo una relazione di ordine causale. L'intuizione inferenziale non richiede dunque un notevole sforzo mentale nell'atto di manifestarsi, ma presuppone una conoscenza ampia e silenziosa, acquisibile attraverso un percorso certamente impegnativo, di ciò che può esserci dietro un fatto clinico. Pertanto, a dispetto della sua totale automaticità, l'intuizione inferenziale richiede sempre un profondo acume clinico che sappia vedere il significato nel dato raccolto, interpretandolo alla luce di una relazione semantica adeguata. A tal proposito Polanyi, nel richiamarsi all'analisi linguistica di Pierce che aveva potuto affermare che B significa C per A, esplicita ulteriormente tale legame di significazione asserendo che "la persona A può integrare la parola B in un rapporto con C"³⁴⁵. In altre parole, è il medico a dare significato ad una relazione conoscitiva in modo adeguato alla realtà dei fatti e i diversi scenari clinici riportati in questo studio mostrano chiaramente che nel processo diagnostico, a parità di informazioni, non sempre i clinici sono in grado di effettuare una integrazione che sia coerente con il quadro investigato.

L'intuizione ordinaria o inferenziale, sebbene sia quella più frequente, non esaurisce il dominio di questo ambito conoscitivo né è in grado di dar conto adeguatamente della flessibilità dell'intuizione nell'attività clinica. Al riguardo, affinché

³⁴⁵ M. POLANYI, *Conoscere ed essere*, op. cit., p. 220.

una cognizione possa diventare routinaria e tendenzialmente automatica è necessario che essa sia basata su una esperienza ripetuta in situazioni simili. Questa descrizione ben riflette il quadro dell'intuizione quotidiana ma non quello associato alle risposte intuitive che il medico evoca in situazioni non ordinarie e che sono paradigmatiche di un ragionamento genuinamente esperto³⁴⁶.

Nello specifico, quando una presentazione clinica è più complessa o non familiare, il modello di malattia di riferimento può essere conosciuto remotamente o colto con difficoltà in virtù di tracce minime di somiglianza, e in tali casi l'intuizione, prima di manifestarsi, può richiedere una più lunga ed articolata incubazione che non esclude il supporto del ragionamento analitico. Questa tipologia di intuizione può essere denominata *classica o straordinaria* in quanto richiama conoscenze non routinarie o sopite nella memoria ma non del tutto dimenticate, tanto da poter essere chiamate in causa al bisogno da stimoli provenienti da una situazione clinica che richiede di essere diagnosticata. Generalmente le esperienze intuitive straordinarie sono più difficili da dettagliare. Infatti, in virtù delle maggiori difficoltà presentate dalla situazione investigata, esse possono implicare a livello subliminale il trattamento di una ampia gamma di informazioni non solo cognitive, ma anche sensoriali e percettive, elaborandole ed integrandole al fine di individuare quello schema interpretativo che può far luce in modo coerente sul caso in osservazione. L'intuizione classica non è dunque assimilabile ad un ordinario *pattern recognition*, nel quale il nesso tra causa ed effetto è abbastanza chiaro da seguire un percorso prevedibile ed immediato perché fa parte della pratica routinaria. Piuttosto, nelle presentazioni cliniche molto complesse l'intelletto può impiegare un tempo maggiore per cogliere una visione di analogie nella misura in cui tali situazioni possono mostrare non solo un alto livello di sovrapposizione con altri modelli di malattia, ma anche una molteplicità di anomalie o distrattori che possono completamente oscurare gli indizi rilevanti. In tal senso, come ha osservato Polanyi, un ricordo può essere riportato alla luce solo se abbiamo degli indizi di realizzabilità che ad esso ci guidano e a cui possiamo ancorarci, e senza i quali non potremmo neppure iniziare a lambiccarci il cervello, per non dire che ogni slancio della nostra immaginazione, priva di tale lume, sarebbe uno sforzo inutile³⁴⁷.

In questa prospettiva, i molti esempi di intuizioni straordinarie sia nella scienza che in medicina evidenziano che proprio in tali circostanze l'apprensione intuitiva si rivela essere una esperienza profondamente creativa poiché consente di cogliere la natura del fenomeno in osservazione attraverso un differente modo di vedere ed organizzare i dati disponibili, che sarà appunto originale e creativo in quanto non esperito da alcuno in quella circostanza. Il medico esperto, in altri termini, diventa qui un modello di autentico scienziato che non solo è abile nel fare connessioni inusuali e fruttuose, ma anche nel riconoscere il significato di una nuova combinazione di elementi già noti in virtù dell'ampio e strutturato background clinico³⁴⁸.

Nella letteratura psicologica questa tipologia di intuizione è detta classica o olistica proprio in virtù della sua capacità di integrare diverse informazioni in una visione unitaria e coerente del fenomeno³⁴⁹. A dispetto della sua semplicità, questa definizione è carica di una importante implicazione semantica: vale a dire l'intuizione straordinaria risveglia una vera e propria *reminiscenza*, qualcosa di sopito nella

³⁴⁶ C.M. ABERNATHY, R.M. HAMM, *op. cit.*, p. 36.

³⁴⁷ M. POLANYI, *L'immaginazione creativa*, *op. cit.*, p. 141.

³⁴⁸ E. SADLER-SMITH, *Inside Intuition*, *op. cit.*, p. 87.

³⁴⁹ J.E. PRETZ, *op. cit.*, p. 17-18.

memoria, catalizzata dall'aver raccolto una connessione inusuale tra i dati disponibili e come tale lavora similmente alla risoluzione di un enigma nell'apprendere quella visione che tiene insieme il tutto in modo coerente e significativo.

Entrambe le tipologie di intuizioni, ordinarie e straordinarie, possono verificarsi nello stesso processo diagnostico, ad integrazione o confutazione di una ipotesi acquisita attraverso un processo analitico, o ancora esercitando tale funzione l'una sull'altra a servizio di un incremento conoscitivo del caso in esame.

Infine, vale la pena sottolineare che non tutte le intuizioni sono *informate*³⁵⁰, vale a dire precedute da un'ampia conoscenza scientifica volta ad identificarne la struttura di riferimento, come in tutti i casi inusuali non classificabili in nessuna categoria nosografica sinora conosciuta o disponibile in memoria. Queste intuizioni originate dall'osservazione di un caso clinico indecifrabile per il quale si ipotizza una diagnosi di novità, se corrette si rivelano delle vere e proprie scoperte poiché astraggono un contenuto essenziale potenzialmente presente alla conoscenza dei sensi e non ancora visto da alcun intelletto umano.

Un esempio paradigmatico di intuizione non informata è dato dalla recente scoperta di una rara malattia chiamata deficit NGLY1 che provoca severi disturbi associati ad una mutazione anomala del gene che dà il nome a questa nuova patologia³⁵¹. La scoperta è stata il frutto di un lavoro da detective vecchio stile, gradualmente orientato e specificato grazie ad una serie di intuizioni. Il primo caso studiato è stato quello di Grace Wilsey, una bambina di tre anni che mostrava problemi ai movimenti, ritardo nello sviluppo e una degenerazione del fegato, sintomi che insieme non si adattavano a nessuna malattia conosciuta, al punto che il team della Stanford University e del College of Medicine di Baylor sospetta a livello non informato che il problema possa avere una origine genetica. Si decide, pertanto, di mappare il genoma della piccola paziente e l'analisi del DNA rivela otto possibili geni in ordine di probabilità nel poter spiegare i disturbi anomali di Grace e l'NGLY1 era l'ultimo della lista. La svolta nella ricerca si ha quando il dottor Matthew Bainbridge, esperto nel campo del genoma umano, consultando la letteratura medica, si imbatte nella lettura di un caso di un bambino studiato alla Duke University i cui caregivers avevano sospettato che i sintomi inusuali del loro paziente fossero associati ad una anomalia legata al gene NGLY1. Tuttavia, senza un secondo paziente con cui effettuare un confronto, è difficile essere certi di una tale ipotesi. Dalla disamina di questo studio scientifico, il dottor Bainbridge rimane colpito da un indizio alquanto insolito, l'incapacità di far scendere le lacrime, e sospettando che tale sintomo potesse essere la chiave di lettura per identificare un *pattern* comune di malattia, chiede notizia di questo dato alla madre della piccola paziente che conferma la presenza del sintomo, al punto che Bainbridge può esclamare immediatamente: "Penso che Grace abbia tale anomalia genetica". Un test biochimico conferma che la bambina ha una mutazione

³⁵⁰ Cfr. E. GAMBRILL, *Critical thinking in clinical practice*, John Wiley & Sons, Hoboken, 2005, p. 94.

³⁵¹ Cfr. G.M. ENNS, V. SHASHI, M. BAINBRIDGE, M.J. GAMBELLO, F.R. ZAHIR, T. BAST, R. CRIMIAN, K. SCHOCH, J. PLATT, R. COX, J.A. BERNSTEIN, M. SCAVINA, R.S. WALTER, A. BIBB, M. JONES, M. HEGDE, B.H. GRAHAM, A.C. NEED, A. OVIEDO, C.P. SCHAAF, S. BOYLE, A.J. BUTTE, R. CHEN, M.J. CLARK, R. HARAKSINGH, FORGE Canada Consortium, T.M. COWAN, P. HE, S. LANGLOIS, H.Y. ZOGHBI, M. SNYDER, R.A. GIBBS, H.H. FREEZE, D.B. GOLDSTEIN, Mutations in NGLY1 cause an inherited disorder of the endoplasmic reticulum-associated degradation pathway, in *Genetic Medicine*, 16 (2014), pp. 751-8. Cfr. E. DIGITALE, Scientist, parents join forces to identify new genetic disease in children. <https://med.stanford.edu/news/all-news/2014/03/scientists-parents-join-forces-to-identify-new-genetic-disease-in-children.html>.

del gene che codifica la N-glicanasi 1, un enzima che ricicla prodotti difettosi da una linea di assemblaggio cellulare.

Attualmente, ricercatori da ogni parte del mondo continuano a studiare questa malattia, della quale sinora sono stati identificati in totale otto casi simili, e proprio questo lavoro assiduo e responsabile, fonte di fruttuose intuizioni, consente di cogliere la profonda importanza della seguente testimonianza fornita dalla madre di Grace: *“Ora che abbiamo una diagnosi, possiamo iniziare a lavorare su una cura o su un modo di alleviare alcuni dei sintomi presentati da nostra figlia”*.

Questo scenario è una significativa esemplificazione di una intuizione non informata che si è andata progressivamente specificando grazie ad un profondo investimento nella capacità di conoscenza personale. Si tratta, in altre parole, di evidenziare un aspetto fondamentale della prassi scientifica, oltre che clinica, quello appunto della dimensione intuitiva e della sua capacità di cogliere la configurazione più intima del fenomeno, quella realtà nascosta ai sensi ma non all'intelletto che può guidare lo scienziato quanto il medico nella sua ricerca.

Ecco perché Polanyi parla dell'intuizione, nel contesto della scoperta creativa, come una attività di pre-comprensione, di un barlume della relazione reciproca di particolari non ancora compresi e che pertanto impegnano il ricercatore nel tentativo di una maggiore esplicitazione³⁵². Occorre inoltre evidenziare, che la letteratura scientifica e ancor più quella a sfondo statistico, può avere un ruolo importante in tale percorso dinamico di maturazione ed ulteriore sviluppo di una intuizione intellettuale, rappresentando un terreno fertile per la generazione alogica di una ipotesi diagnostica. Infatti, se l'intuire è un vedere con chiarezza un dato o un insieme di elementi all'interno di un tutto che li significa, allora si comprende come le evidenze della letteratura possano fornire una preziosa biblioteca di conoscenze di cui avvalersi nell'integrazione focale del proprio oggetto. La medicina, come ricordato da Peter Medawar, nasce da un matrimonio tra l'elemento scientifico, esemplificato dall'approccio logico al reale, con quello propriamente immaginativo, legato al dominio intuitivo, sottolineando come sia proprio quest'ultimo elemento a guidare l'iniziativa del conoscere nell'anticipare una possibile verità che va oltre la mera apprensione dei fatti³⁵³. Del resto, come afferma Aristotele nella *Metafisica*, i sillogismi hanno il loro cominciamento da ciò che fa sì che una cosa sia ciò che è, ovvero dall'essenza, la quale è simile ad un seme nel possedere in potenza le possibili articolazioni reali del conoscere³⁵⁴.

2.5 Come migliorare l'intuizione clinica: una proposta

Sebbene il ragionamento clinico sia unanimemente considerato uno dei fattori determinanti la qualità della pratica clinica, di fatto la manualistica in uso non dedica che pochi e sommi riferimenti al tema dell'intuizione clinica e alla sua educabilità,

³⁵² M. POLANYI, *La conoscenza inespresa*, op. cit., p. 39.

³⁵³ P. MEDAWAR, *Induzione e intuizione nel pensiero scientifico*, op. cit., p. 73.

³⁵⁴ ARISTOTELE, *Metafisica*, op. cit., Z 9, 1034a 30.

riducendo la trattazione dell'attività del pensare medico per lo più agli aspetti logico-formali³⁵⁵.

Come evidenziato da Groopman, molto spesso l'insegnamento del pensiero clinico è centrato su una messe di studi che basano i procedimenti cognitivi del medico su formule e modelli di tipo matematico. Tuttavia, persino i più strenui difensori di tali approcci ammettono che molto di rado tali studi si avvicinano a ciò che accade nella mente di un medico al capezzale del paziente. Ecco perché è così difficile insegnare ai tirocinanti un corretto modo di pensare durante le visite in corsia. Sulla base di queste considerazioni, l'Autore osserva che in tale situazione non ci si può occupare dei pazienti nel modo dovuto, mentre il diventare più consapevoli delle strategie di pensiero utilizzate, e in particolare, delle proprie lacune, senz'altro aiuta a diventare un medico migliore³⁵⁶.

In questa prospettiva di persistente vaghezza e contraddizione, prende corpo e vigore l'idea della necessità di sviluppare una ecologia dell'intuizione clinica, intesa come una operazione riflessiva volta a mettere in luce l'ambiente in cui questa può sorgere. L'espressione da noi proposta è stata coniata in analogia con l'intento posto dall'antropologo e sociologo Gregory Bateson di articolare una ecologia della mente con cui, appunto, il processo del mentale, delle idee poste a fondamento della nostra esistenza è indagato in stretta connessione con l'ambiente in una incessante danza di parti interagenti³⁵⁷. Per spiegare che il sistema mentale è anche fuori di noi, Bateson considera l'esempio di un uomo che sta tagliando un albero con un'ascia: constatiamo che questa *"fende dapprima l'aria e produce certi tipi di tacche in un preesistente taglio nel fianco dell'albero. Se ora vogliamo spiegare questo insieme di fenomeni ci dobbiamo occupare di differenze nel fianco intaccato dell'albero, differenze nella retina dell'uomo, differenze nel suo sistema nervoso centrale [...], fino a differenze che l'ascia poi produce sulla superficie del tronco"*³⁵⁸. In altre parole, una spiegazione adeguata dei fenomeni mentali può aver luogo esclusivamente nel riferimento ad una interazioni di aspetti e di ciò si deve tener conto nell'impostazione di un percorso educativo che voglia operare in direzione di una reale ed efficace finalizzazione.

A tal proposito, l'ecologia dell'intuizione clinica intende innanzitutto ribadire che l'intuizione pura non esiste, vale a dire che esiste solo "incarnata", come intuizione di, dove quel "di" indica sia l'essere l'intuizione di qualcosa (l'essenza del fenomeno investigato), sia l'essere l'intuizione di qualcuno, di un soggetto e *in primis* della sua mente che, a sua volta, è anche fuori di noi, nel contesto. Questa bidirezionalità, il qualcuno e il qualcosa, devono essere riconosciute e descritte, così da poter mettere in atto le strategie più adeguate per promuovere l'innescare e il miglioramento di questa dimensione cognitiva.

Occorre inoltre specificare che l'approccio ecologico all'intuizione clinica si pone come mediano tra i due estremi dell'anarchismo metodologico e del normativismo metodologico.

³⁵⁵ A titolo esemplificativo si vedano i seguenti testi, tra i quali il già citato J. Higgs et al., *Clinical Reasoning in the Health Profession*, op. cit.; G. FEDERSPILL, *Logica clinica. I principi del metodo in medicina*, McGraw Hill, Milano, 2004; A. TORSOLI (a cura di), *Manuale di Metodologia Clinica per Studenti e Giovani Medici*, op. cit..

³⁵⁶ G. GROOPMAN, op. cit., pp.10-11.

³⁵⁷ Cfr. G. BATESON, *Step to an Ecology of Mind*, trad. it. a cura di G. LONGO, G. TRAUTTEUR, *Verso una Ecologia della Mente*, Adelphi, Milano, 2007.

³⁵⁸ *Ivi*, p. 499.

Il primo approccio ben esemplificato dal filosofo austriaco Paul Feyerabend con il suo motto provocatorio “*Anything goes*”³⁵⁹, qualora sia adottato alla lettera nel rendere ragione di una tale ecologia, si traduce necessariamente in un declinare dalla possibilità di dar conto dello sviluppo dell’esperienza intuitiva, poiché il pensiero dell’Autore si attesa sul rifiuto sistematico dell’idea che l’attività cognitiva in generale segua un metodo ben definibile e dunque conoscibile razionalmente.

Il secondo approccio, paradigmatico della recente esasperazione del metodo della EBM, parimenti non è in grado di cogliere la complessa natura dell’intuizione clinica in quanto le sue chiare radici di matrice empirista sono la misura di una progressiva enfasi e traslazione della conoscenza in una dimensione meramente quantitativa e, dunque, per definizione allergica a quegli aspetti del reale non oggettivabili.

Così l’espressione ecologia dell’intuizione da un lato esprime la possibilità di poter conoscere razionalmente le condizioni che favoriscono lo sviluppo dell’intuizione in medicina, dall’altro sottolinea, andando oltre ogni ingenuo riduzionismo epistemologico, la natura non univoca di tali fattori i quali afferiscono sia al soggetto conoscente che, più in generale, al contesto nel quale l’intuizione ha luogo. In altre parole, se si riconosce la bidirezionalità dell’intuizione clinica così come la flessibilità con cui si manifesta, appare chiaro che l’aspetto più propriamente ambientale, vale a dire contestuale di tale cognizione, sarà necessariamente multidimensionale.

Caliamo ora queste considerazioni di ordine generale nell’ambito clinico, cercando di tratteggiare una agenda educativa volta ad orientare lo sviluppo ed il miglioramento della performance intuitiva in medicina, raccogliendo i frutti del *framework* teorico sin qui delineato.

Come rilevato da Shirley e Landan-Fox, l’intuizione, così come ogni altra capacità cognitiva, può essere meglio incoraggiata esclusivamente in un contesto culturale che non tende a soffocare la conoscenza e dunque l’esercizio di tale facoltà³⁶⁰. Pertanto, un primo fattore importante nel promuovere l’esperienza intuitiva risiede innanzitutto in uno sforzo deciso di riportare la riflessione della metodologia clinica sui binari di un avveduto recupero del concetto di verità che, nel suo significato autentico, è un adeguarsi del soggetto alla realtà che si intende conoscere. In questa prospettiva gli abiti cognitivi si presentano come vie necessarie di accesso noetico alla realtà sotto indagine e l’intuizione, in virtù della sua specificità epistemica, è la facoltà che meglio si presta a svolgere questo compito.

Come accennato, il processo diagnostico ha come obiettivo principale quello di dare un volto, di identificare il disturbo lamentato dal paziente, a partire da una raccolta oculata di segni e sintomi ed altri dati che possono essere indicativi della loro causa nascosta. L’intuizione, nel suo articolarsi come un vedere dentro, come un entrare nella natura più intima del fenomeno, si rivela uno strumento essenziale per la diagnosi poiché l’evocazione di una ipotesi adeguata sulla realtà che si sta indagando, portandone alla luce proprio tali aspetti nascosti, rappresenta un guadagno conoscitivo non indifferente per il paziente e soprattutto per una pronta e mirata impostazione di un percorso di cura.

Queste considerazioni, nel recuperare il senso autentico di un aspetto importante della prassi diagnostica, quello appunto rappresentato dalla dimensione intuitiva,

³⁵⁹ Cfr. P.K. FEYERABEND, *Against Method*, trad. it. a cura di L. SOSIO, *Contro il metodo. Abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza*, Feltrinelli, Milano, 2009.

³⁶⁰ D.A. SCHIRLEY, J. LANGAN-FOX, *op. cit.*, p. 575.

evidenziano la necessità per l'agenda educativa di una più opportuna chiarificazione teoretica della natura e del ruolo che tale facoltà conoscitiva svolge nell'economia della razionalità clinica, al fine di saperla utilizzare consapevolmente e quanto più correttamente possibile. In altri termini, la comprensione dell'intuizione e lo sviluppo di strategie per supportarne la promozione sono strettamente connessi; da qui l'importanza di sdoganare l'intuizione clinica da una certa concezione irrazionale o mistica, per lo più di matrice positivista, da cui essa tutt'oggi continua sottilmente ad essere gravata condizionandone negativamente la dovuta visibilità e rilevanza in ambito medico ed educativo, e questo a favore di una lettura adeguata che ne dischiuda insieme alla possibile conoscibilità, con i limiti ad essa connessi, anche la sua dimensione pedagogica.

Se la teoresi della facoltà intuitiva rappresenta un momento importante per alimentare e sostanziare il bisogno della sua educabilità, essa può essere sviluppata in concreto esclusivamente attraverso una pratica adeguata.

Come ampiamente evidenziato da Polanyi, l'intuizione non può essere appresa in quanto tale, ossia negli aspetti più taciti con cui si verifica e ciò vuol dire che gli elementi sussidiari che entrano in gioco non sono pienamente specificabili così come il processo d'integrazione che li collega nella conoscenza focale del proprio oggetto³⁶¹. Tuttavia, questo non vuol dire che l'intuito non possa e non debba essere educato: piuttosto tale consapevolezza fornisce l'orizzonte all'interno del quale il processo educativo può realizzarsi, ovvero quello delle condizioni affinché l'intuizione possa sorgere.

Nello specifico, quando si fa riferimento alla pratica per sviluppare l'intuizione clinica occorre evidenziarne due vettori principali ed interconnessi: quello teorico e quello propriamente pratico che ora andremo brevemente a dettagliare.

Innanzitutto, lo sviluppo di una intuizione clinica presuppone un vasto repertorio di conoscenze a monte, quelle che l'EBM definisce conoscenze di base (*background knowledge*)³⁶² e specialistiche, generalmente acquisite durante il percorso di studi e ulteriormente integrate ed approfondite, mediante la consultazione della letteratura scientifica, l'educazione continua, la partecipazione ai convegni, ecc.. Tale conoscenza è di fondamentale importanza per l'evocazione di una ipotesi diagnostica, dal momento che non è in alcun modo possibile identificare una malattia di cui non si ha una previa conoscenza. Tuttavia, come evidenzia Edgar Morin, se tale sapere è accumulato in modo sterile, senza una organizzazione e selezione che gli dia senso, non è in alcun modo spendibile quando l'occasione lo richiede; da qui l'importanza di sviluppare una testa ben fatta anziché una testa meramente ben piena³⁶³.

L'acquisizione e la memorizzazione di queste conoscenze si svolge attraverso un percorso chiaramente graduale e su livelli differenti, ma in ogni caso, esse possono completarsi ed arricchirsi realisticamente attraverso l'esperienza della pratica

³⁶¹ M. POLANYI, L'immaginazione creativa, *op. cit.*, p. 131. Alcuni studiosi, nel recensire il pensiero di Polanyi, hanno evidenziato che potrebbe essere anche possibile che l'intuizione segua delle regole o metodi per giungere al proprio risultato, e tuttavia, poiché esse sono sottoposte ad un processo tacito di integrazione non è possibile identificarle pienamente. Cfr. V. DÖRLER, F. ACKERMAN, Understanding intuition: the case for two forms of intuition, in *Management Learning*, 43 (2012), pp. 545-564: 553-554.

³⁶² D.L. SACKETT et al., *La medicina basata sulle evidenze*, *op. cit.*, p. 4.

³⁶³ E. MORIN, *La tête bien faite*, trad. it. a cura di S. LAZZARI, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000, p. 15.

professionale³⁶⁴. La conoscenza acquisita al capezzale del paziente è un fattore molto prezioso per lo sviluppo dell'intuizione sotto diversi punti di vista. Innanzitutto, essa fornisce informazioni rilevanti sull'aspetto delle malattie, sulla loro intrinseca variabilità con una coloritura più vivida e dettagliata di quanto possa fare un trattato o la letteratura scientifica. Questo sapere favorisce nel tempo l'elaborazione di una conoscenza più strutturata ed olistica delle malattie, mediante gli *illness script* o schemi delle stesse, sui quali il processo intuitivo si basa largamente nel suo richiamo euristico di un *pattern* in memoria a partire dalla presentazione clinica investigata. Tuttavia, come evidenziano alcuni studi³⁶⁵ che sembrano confermare l'aforisma di Osler pocanzi menzionato, la maggiore esperienza non è di per sé un fattore predittivo di una più alta performance intuitiva, soprattutto quando la pratica diventa routinaria e dunque tendenzialmente acritica al punto da esporre al rischio di errori per eccesso di fiducia nelle proprie capacità diagnostiche (*overconfidence*) o per richiamo selettivo di un modello di malattia più familiare che si frappone ad altri più adeguati alla situazione investigata³⁶⁶. Pertanto, l'educazione dell'intuizione presuppone un miglioramento della capacità di apprendere dalla pratica professionale, costruendo una esperienza ben fatta per la quale conta non soltanto *quanto* si vede ma soprattutto la *qualità* di come si vede³⁶⁷, in vista di una appropriata conformazione dell'intelletto alla natura dei fenomeni oggetto di conoscenza.

A tal proposito, i teorici della DPT hanno fornito alcune importanti proposte nel campo della pedagogia medica, soprattutto nel delineare percorsi formativi che siano progettati in modo tale da favorire lo sviluppo della capacità di ragionare in modo intuitivo sia in contesti simulati che reali. Nello specifico, tali approcci sottolineano l'importanza di incoraggiare gli studenti a formulare rapide congetture già nelle prime fasi della consultazione medica; di sollecitare tutor e insegnanti nel fornire un immediato feedback sulla bontà dei loro giudizi intuitivi per raffinarne o correggerne la portata noetica; di riflettere sulle informazioni e sui processi utilizzati nel formulare un'ipotesi diagnostica al fine di rafforzare la consapevolezza dell'esperienza intuitiva, identificando quelle tracce cliniche e contestuali che sono state utilizzate nel raggiungere il risultato. Tale consapevolezza ha l'obiettivo di fornire un supporto "dinamico" volto ad individuare gli errori per lo più dovuti ad un uso inappropriato (sovrastima o sottostima) di alcune informazioni, in ciò incoraggiando gli studenti ad una più adeguata raccolta dei dati in funzione dello sviluppo di rapide ed accurate intuizioni³⁶⁸.

Ad integrazione di quanto detto, alcuni studiosi suggeriscono percorsi educativi che possono essere letti in funzione di un *training* formativo più aderente alle specificità dell'intuizione³⁶⁹, secondo le tipologie delineate in precedenza (i.e. intuizione ordinaria o inferenziale e intuizione classica o olistica). L'analisi ripetuta di casi clinici

³⁶⁴ L. PAGLIARO, M. BOBBIO, A. COLLI, *op. cit.*, p. 282. In merito all'importanza del ruolo dell'esperienza nel processo intuitivo, è utile ribadire la distanza dalla gnoseologia platonica nel cui orizzonte la verità ha sede solo in un processo cognitivo scevro dalla contaminazione della *doxa*.

³⁶⁵ N.K. CHOUDHRY, R.H. FLETCHER, S.B. SOUMERAI, Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and quality of Health Care, in *Annals of Internal Medicine*, 142 (2005), pp. 260-273.

³⁶⁶ L. PAGLIARO, *op. cit.*, pp. 96-101. Cfr. anche P. CROSKERRY, G. NORMAN, Overconfidence in clinical decision making, in *American Journal of Medicine*, 121 (2008), pp. S24-S29.

³⁶⁷ *Ivi*, pp. 114-115.

³⁶⁸ T. PELACCIA, J. TARDIF, E. TRIBY, B. CHARLIN, *op. cit.*, pp. 6-7.

³⁶⁹ E.J.F.M. CUSTERS, Medical Education and Cognitive Continuum Theory: An Alternative Perspective on Medical Problem Solving and Clinical Reasoning, in *Academic Medicine*, 88 (2013), pp. 1074-1080:1078.

caratterizzati da pochi tratti distintivi o tipici è proposta come strumento potenzialmente utile nel supportare il riconoscimento intuitivo di un *pattern* di malattia, favorendo dunque la strutturazione dell'analisi a livello tacito ovvero come se divenisse "*frozen into habit*". Al contrario, la presentazione in un tempo relativamente breve di casi clinici complessi e diversi tra loro, con indizi contrastanti ed in parte sovrapponibili con varie tipologie di malattia, dovrebbe rendere gli studenti tendenzialmente più sensibili ad individuare le sottili differenze tra le presentazioni cliniche, abilità che conduce al cuore dell'intuizione nella sua forma classica. Tale approccio, inteso anche come un disabituarsi ad un modo di pensare abituale ovvero come un riesaminare ciò che appare routinario, è simile al concetto di *double-loop-learning*³⁷⁰, una forma di apprendimento che si verifica quando un individuo risponde ad elementi di discontinuità nel contesto in cui agisce, modificando le assunzioni abituali che guidano la formazione di un giudizio e questo è un elemento importante per lo sviluppo di una intuizione creativa.

Occorre evidenziare che l'esperienza, oltre ad essere fonte di apprendimento è, *in primis*, attraverso il paziente, fonte di dati essenziali per supportare la generazione di una ipotesi diagnostica, purché il medico sia ben educato nella disciplina dell'osservazione, esercitandola nell'aderenza al fenomeno investigato. Il noto detective Sherlock Holmes era solito affermare "*Che sarebbe un grave errore teorizzare prima di aver raccolto i dati. Tuttavia, inconsapevolmente si tende a distorcere i fatti per adattarli alle nostre teorie invece di adattare le teorie ai fatti*"³⁷¹. Questo è un prezioso suggerimento teso ad evitare la proiezione delle nostre suggestioni sulla realtà come se fossero certezze, evitando con ciò il rischio di giungere a delle premature conclusioni.

L'intuizione è una forma di visione con cui l'intelletto diviene in qualche modo l'oggetto del conoscere, quasi conformandosi alla sua natura. Per poter realizzare queste azioni è necessario praticare uno studio attento del fenomeno sotto osservazione, ponendo attenzione non solo alle aspetti simili tra le situazioni investigate ma anche alle peculiarità e variabilità in atto, poiché sono proprio questi aspetti che affinano l'acume clinico del medico permettendogli di riconoscere ciò che si para di fronte. Imparare l'arte dell'osservazione scrupolosa che concorre alla visione intuitiva non è un'impresa semplice. Al riguardo Polanyi sembra suggerire alcune indicazioni allorquando nel parlare dell'articolazione intuitiva nei termini di una dialettica tra elementi sussidiari e focali della conoscenza, afferma esplicitamente che una eccessiva attenzione ai particolari rende impossibile la visione focale dell'oggetto, così come una eccessiva distanza dai dettagli può condurre ad una inadeguata integrazione conoscitiva³⁷². Per poter sviluppare questo delicato equilibrio, che spesso è ciò che consente al medico di cogliere un dettaglio significativo tra diverse anomalie in una presentazione clinica, potrebbe essere utile replicare quanto realizzato a Yale dal dottor Irwin Braverman, docente di dermatologia da oltre cinquant'anni³⁷³. Egli si rese conto che i propri studenti non erano in grado di ragionare di fronte ad una stranezza che rende necessaria una osservazione attenta e dettagliata e per far fronte a tale esigenza educativa progettò nel 1998 un corso per studenti del primo anno di medicina finalizzato a sviluppare la capacità osservativa sulle opere d'arte anziché sui

³⁷⁰ Cfr. C. ARGYRIS, *Reasoning, learning, and action*, Jossey-Bass, San Francisco, 1989.

³⁷¹ A. CONAN DOYLE, *The celebrated cases of Sherlock Holmes*, Octopus, London, 1981, p. 17.

³⁷² Sui processi di integrazione della conoscenza intuitiva cfr. M. POLANYI, *La conoscenza personale*, in particolare, pp. 161-246.

³⁷³ Cfr. L. SANDERS, *op.cit.*, pp. 126-134.

pazienti. Il motivo di fondo di questo esperimento era quello di anticipare lo sviluppo delle abilità diagnostico-intuitive sin dalle fasi iniziali della formazione del medico, abilità che nella pratica clinica cominciano ad essere stimulate soltanto dopo diversi anni di esperienza medica.

Questa innovativa tecnica didattica si è mostrata molto utile per lo sviluppo della capacità di vedere ciò che è nascosto, attraverso la promozione di una osservazione attenta di quanto si ha di fronte e soprattutto mediante la raccolta del dato anomalo da cui non bisogna in alcun modo distogliere lo sguardo, specialmente in medicina³⁷⁴. Inoltre, poiché tale esperienza ha anche evidenziato che il più delle volte si vede solamente ciò che vogliamo, in base alle nostre aspettative, è molto importante affiancare la disciplina dell'osservazione all'arte della riflessione, affinché si possa essere consapevoli di tale attività, di ciò che con essa abbiamo custodito e soprattutto se tale tensione conoscitiva è stata adeguata alla realtà sotto osservazione. La pratica clinica è molto diversa da quanto ci presentano i manuali e anche quando si ha la certezza della bontà di un'ipotesi diagnostica o si è di fronte ad un caso routinario, occorre sempre soffermarsi sul percorso effettuato, senza dimenticare l'aderenza alla realtà né le insidie che essa può nascondere, per via della variabilità sottesa in ogni presentazione clinica. In altre parole, proprio l'attenta riflessione porta ad essere disponibili al controllo delle ipotesi diagnostiche, una volta che siano state evocate, facendo appello ad un buon uso della logica e delle pratiche sperimentali. Vale la pena sottolineare, che quando la riflessione non è soltanto su un'esperienza, ma essa stessa è una forma di esperienza, ossia un processo metacognitivo con cui monitorare e controllare i propri atti cognitivi³⁷⁵, le connessioni di pensiero abituali possono essere interrotte per dar luogo ad *“una riflessione più ampia in grado di schiudere possibilità altre rispetto a quelle su cui il soggetto abitualmente è in grado di focalizzarsi”*³⁷⁶. I processi metacognitivi, sollecitati inizialmente dalla pratica dei feedback, dovrebbero, dunque, accompagnare ogni aspetto dell'ecologia dell'intuizione, dall'acquisizione delle conoscenze alla loro messa in rete nel processo diagnostico, dagli aspetti emotivi al controllo delle ipotesi, ma anche come supporto per una buona capacità di memorizzazione e rievocazione nonché per favorire una maggiore flessibilità di ragionamento indispensabile per potersi muovere tra più adeguate analogie.

E anche se la conoscenza di ciò che facciamo nel processo intuitivo non dovesse renderci più abili, ci procurerebbe l'incalcolabile vantaggio di non operare automaticamente, ma coscienti di ciò che facciamo³⁷⁷.

³⁷⁴ Questo innovativo approccio didattico che fa dell'opera d'arte un prezioso veicolo di apprendimento è stato inizialmente formalizzato in ambito educativo dalla psicologa cognitiva Abigail Housen negli Stati Uniti negli anni settanta del secolo scorso, coniato l'espressione Visual Thinking Strategy. Così come è stata messa a punto dalla Housen, viene applicata per la prima volta in un corso di laurea in medicina e chirurgia nell'università di Harvard nell'anno accademico 2003-2004, per poi diffondersi come utile esperienza formativa in altre facoltà americane ed europee. Cfr. S. NAGHSHINEH, J. P. HAFNER, A. R. MILLER, M. A. BLANCO, S. R. LIPSITZ, R.P. DUBRÖFF, S. KHOSHBIN, J.T. KATZ, Formal Art Observation Training Improves Medical Students' Visual Diagnostic Skills, in *Journal of General Internal Medicine*, 23 (2008), pp. 991-997.

³⁷⁵ J. MARCUM, An integrated model of clinical reasoning: dual-processes theory of cognition and metacognition, *op. cit.*, p. 955.

³⁷⁶ F.J. VARELA, E. THOMPSON, E. ROSCH, *The embodied mind: Cognitive science and human experience*, MIT Press, Cambridge, MA, 1991, p. 27.

³⁷⁷ Cfr. E. POLI, *op. cit.*, p. 98.

Raccogliamo gli elementi sinora indicati, ribadendo la possibilità di delineare un percorso educativo volto a supportare lo sviluppo ed il miglioramento dell'intuizione in ambito clinico, attraverso un approccio ecologico, ossia teso alla conoscenza e alla promozione delle condizioni che ne possono favorire lo sviluppo. Tale approccio si articola su diversi livelli interconnessi che qui di seguito richiamiamo attraverso una breve schematizzazione:

- accrescere la conoscenza e la consapevolezza del ruolo e della natura dell'intuizione in ambito clinico;
- articolare una riflessione epistemologica che sia impostata su una adeguata considerazione della relazione conoscitiva, e nella quale il concetto di intuizione possa recuperare il suo significato più autentico;
- inserire nella agenda formativa del medico l'acquisizione di appropriate capacità di ragionamento, tra le quali deve essere contemplato anche il dominio intuitivo;
- sviluppare la pratica dell'intuizione, attraverso l'identificazione e la promozione adeguata di quelle conoscenze e abilità che ne sono a fondamento (conoscenze di base e specialistiche, conoscenze cliniche acquisite attraverso l'esperienza, disciplina dell'osservazione, buon uso dell'*ars cogitanti* (induzione, deduzione, ragionamento per analogia) e della pratica del controllo delle ipotesi, arte della riflessione a supporto di ogni aspetto dell'ecologia dell'intuizione);
- motivazione allo sviluppo della pratica dell'intuizione.

Quest'ultimo punto, ma non per questo meno importante, è o per lo meno dovrebbe essere a fondamento di tutto il percorso formativo del medico. Tuttavia, senza darlo per scontato, si intende ribadirlo con riguardo all'educabilità dell'intuizione clinica con l'obiettivo di non trascurare che una buona intuizione può essere caparra di verità solo se mettiamo al servizio di essa ogni nostra facoltà in modo adeguato, e per l'appunto tutta la persona. In altre parole, come suggerisce Polanyi, l'intuizione può realizzarsi come una esperienza cognitiva adeguata attraverso "*un atto di decisione responsabile*" che riposa su un duplice registro: "*la capacità delle nostre menti di prendere contatto con la realtà e sulla passione intellettuale che ci spinge verso questo contesto*"³⁷⁸, caratterizzandolo in modo specifico e personale.

Tale passione intellettuale, che spinge ad avere contatti sempre più stretti con la realtà, ad assimilarla come se fosse una estensione del nostro corpo³⁷⁹, proprio perché nascosta e affinché si riveli al nostro interesse, deve dunque rappresentare una tappa fondamentale dell'educazione dell'intuizione clinica, supportandola nella tensione conoscitiva al vero, alla natura nascosta del fenomeno investigato, colmando la lacuna

³⁷⁸ Cfr. M. POLANYI, *Studio dell'uomo: individuo e processo conoscitivo*, p. 48. Nel filo rosso che lega la speculazione di Polanyi al pensiero platonico, vale la pena evidenziare che anche il Filosofo greco ha riconosciuto una rilevante importanza alle passioni dell'anima, poiché sono proprio queste che spingono all'ascesa verso la conoscenza autentica.

³⁷⁹ Cfr. M. POLANYI, *La conoscenza personale*, op. cit., p. 154.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Laura Leondina Campanozzi,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 07/03/2016.

La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

di un non sapere e dunque di un non vedere con i sensi che, nell'attività clinica, non
può rimanere inappagata.

Conclusioni e sviluppi futuri

Giunti al termine di questo lavoro sul concetto ed il ruolo dell'intuizione nel ragionamento clinico dal punto di vista gnoseologico, può essere utile sintetizzare ed integrare alcuni degli elementi più importanti che sono emersi dalla presente trattazione.

Muovendo dal terreno filosofico a quello propriamente medico, questo studio ha cercato di delineare una articolata cornice per comprendere l'intuizione clinica ed il contributo epistemologico che essa fornisce alla fase diagnostica dell'attività razionativa al capezzale del paziente. In linea con la tradizione metodologica del razionalismo critico – supportata dalle recenti Teorie del processo duale del pensiero (DPT – Dual Process Theory) - l'impresa diagnostica è descritta come una attività spinta in avanti dalle ipotesi formulate dal medico. Queste hanno l'importante funzione di delimitare un contesto all'interno del quale raccogliere nuove informazioni, illuminando al contempo il campo di investigazione. Come ampiamente argomentato, le ipotesi diagnostiche sono per lo più il frutto di un processo cognitivo guidato dall'intuizione la quale, per definizione, non usa la logica poiché è una forma di conoscenza immediata che si manifesta in modo spontaneo attraverso lampi improvvisi. Tuttavia, ciò non vuol dire relegare il dominio intuitivo alla sfera dell'irrazionale e dell'illogico; infatti, nella misura in cui l'intuizione fornisce una chiara visione del fenomeno clinico investigato, essa ha un prezioso valore epistemico che può essere attestato esclusivamente a posteriori, a seguito di controlli teorici o empirici. Per di più, l'etimologia della parola diagnosi, che significa “conoscere attraverso”, sottolinea la natura essenzialmente indiretta di questa fase dell'attività clinica la quale, anche a fronte dell'ampia variabilità dei fenomeni biologici, presenta un intrinseco margine di incertezza soprattutto nelle sue fasi iniziali. Al riguardo Lisa Sanders si esprime sulla questione nei seguenti termini significativi:

“Non posso semplicemente alzare il cofano e appurare se è necessario cambiare le candele come fa il meccanico per diagnosticare il motivo del rumore strano prodotto dalla vostra auto. Devo invece ascoltare il motore e, sulla base delle prove indirette che riesco a raccogliere, formulare un'ipotesi ponderata e ben informata di quello che sta probabilmente accadendo. [...]. In medicina l'incertezza è l'acqua in cui nuotiamo. La

*possibilità di sbagliare è altissima quando abbiamo a che fare con qualcosa di più complicato di un semplice raffreddore*³⁸⁰.

Alle luce di queste considerazioni, si è ritenuto opportuno superare ogni ingenuo approccio fenomenologico volto ad associare l'oggetto colto intuitivamente ad una verità assoluta e necessaria, così come si è preso le distanze da tutti quei modelli di intuizione nei quali essa sia stata intesa come conoscenza di principi non necessitanti di ulteriore dimostrazione. Coerentemente con il tentativo di fornire un quadro realistico dell'intuizione nel ragionamento clinico, abbiamo piuttosto rilevato, in linea con la tradizione popperiana e con gli studi della DPT, la natura congetturale di questa funzione cognitiva, che ha come suo necessario corollario quello di essere costitutivamente aperta al controllo logico ed intersoggettivo. In altre parole, parafrasando quanto ribadito da Michael Polanyi, l'intuizione clinica così come è stata sin qui tratteggiata *"è chiaramente molto differente dalla conoscenza immediata e suprema chiamata intuizione da Leibniz, da Spinoza, o da Husserl"*, sebbene *"il fatto che questa facoltà a volte fallisca, non la scredita"*³⁸¹.

Nel cercare di elaborare un quadro di riferimento concettuale che consenta ai medici e ai formatori nel settore della cura della salute di utilizzare la nozione di intuizione in modo consapevole ed adeguato, soprattutto con riguardo alla sua valenza epistemologica, sono stati focalizzati quei modelli filosofici maggiormente pertinenti ai fini dell'indagine del dominio intuitivo, nello specifico della prassi clinico-diagnostica. Lo studio si è mosso sui passi della gnoseologia platonica, filtrata nei suoi aspetti metafisici, poiché in essa si trovano in modo esplicito i primi elementi di definizione e qualificazione della facoltà intuitiva che hanno influenzato a vario titolo le teoresi successive, quali l'impostazione visualistica ed olistica del dominio intuitivo, il suo carattere immediato e non discorsivo. Tale sfondo è stato ripercorso e fecondato alla luce di alcuni aspetti della riforma critica del pensiero platonico di Josef Seifert e soprattutto di Michael Polanyi, mutuando dal primo quegli elementi che hanno permesso di illuminare la natura dell'oggetto colto dall'intuizione clinica, e dal secondo in particolare quegli aspetti riguardanti lo studio della logica del processo intuitivo e la rivalutazione della sua razionalità, andando oltre la riduzione dell'ambito conoscitivo alla sola dimensione esplicita e formale. A queste autorevoli testimonianze sono state accostate alcune suggestioni tratte dalla tradizione aristotelico-tomista, utili nel chiarire sia la continuità tra l'aspetto sensibile e quello intellettuale nella conoscenza intuitiva sia la centralità del concetto logico di analogia nel focalizzare più dappresso il funzionamento di tale figura epistemica.

Mettendo a frutto questi strumenti concettuali nell'analisi della generazione alogica dell'ipotesi diagnostica ha preso corpo una proposta di definizione dell'intuizione clinica nei termini di una capacità cognitiva che si manifesta in modo improvviso, con una immediata consapevolezza del proprio contenuto e senza il ricorso ad un processo di ragionamento sequenziale. In merito a quest'ultimo aspetto, ben chiarito dalla DPT, abbiamo evidenziato che, sebbene l'intuizione e il pensiero analitico procedano lungo sentieri logici differenti, tra loro non vi è alcun rapporto di opposizione o esclusione. Piuttosto, queste due dimensioni possono essere lette come

³⁸⁰ L. SANDERS, *op. cit.*, pp. 17-18.

³⁸¹ M. POLANYI, *L'immaginazione creativa*, *op. cit.*, p. 134.

poli intrinsecamente complementari di uno stesso processo conoscitivo, nel nostro caso il ragionamento clinico il quale, per usare una metafora tratta dal pensiero di Gregory Bateson, si mostra come il frutto di “una danza di parti interagenti”³⁸². Come a dire, le procedure conducono l'intuizione lungo la linea dell'esplicitazione, del controllo e dell'accuratezza formale, fornendo altresì in molti casi le condizioni per il sorgere di un lampo intuitivo; tuttavia, ciò che orienta l'indagine diagnostica e dunque l'ulteriore sviluppo del ragionamento clinico è l'apprensione di una ipotesi esplicativa guadagnata proprio attraverso la capacità di comprendere intuitivamente il fenomeno investigato alla luce delle relazioni che lo costituiscono.

Nell'affrontare il tema della natura di tale figura gnoseologica, abbiamo inoltre rimarcato il carattere intellettuale dell'intuizione clinica, ossia il suo essere una visione della natura più intima del fenomeno che, più che vedere con i sensi, cogliamo con la mente, spesso sulla base di pochi indizi significativi. Nello specifico, è stata introdotta l'espressione “intuizione essenziale” per illuminare la tendenza a cogliere “l'ordine che giace dietro ciò che appare”³⁸³, ove tale intrinseca finalità, alla luce del pensiero aristotelico e della natura della realtà oggetto di investigazione clinica, è indicativa della causa formale o di ciò che specifica un fenomeno morboso, al contempo identificandolo e distinguendolo da altri simili.

Attestata la dimensione essenziale del contenuto intuitivo, si è approfondita la struttura processuale che sottende il funzionamento di questa figura cognitiva. L'analisi, supportata dalla presentazione di alcuni scenari clinici e dalle testimonianze fornite dalla letteratura sul tema in questione, ha evidenziato la centralità della ricognizione di analogie quale tratto fondamentale del processo intuitivo, vale a dire il suo articolarsi come un vedere tracce nella situazione clinica investigata che richiamano alla mente regolarità già note ma applicate in altri scenari.

Il riconoscimento dei *pattern* può essere conscio o inconscio, così come veloce o prolungato nel tempo, in conseguenza di un insieme interconnesso di condizioni. Detto altrimenti, mentre nelle situazioni ordinarie il riconoscimento di uno schema avviene in modo quasi automatico, e di fatto si applicano modelli già noti a casi che sono già stati categorizzati, nelle situazioni complesse e non routinarie lo schema a monte è sopito nella memoria e come tale può richiedere una più lunga incubazione prima di affiorare alla mente. Ciò ha suggerito che l'intuizione clinica non è un costrutto unitario, potendone distinguere almeno due tipologie principali che hanno luogo in ambito clinico: quella ordinaria o analitica e quella straordinaria o creativa. L'idea della ricognizione di analogie è strettamente connessa al concetto platonico di reminiscenza, la quale è essenzialmente una funzione rammemorativa che consiste in un attivo ed impegnativo recuperare qualcosa di già noto, a partire da una adeguata attività di osservazione multisensoriale³⁸⁴.

Le acquisizioni teoretiche emerse dall'analisi condotta nella presente ricerca e qui brevemente sintetizzate sollecitano importanti e future implicazioni per un esercizio e sviluppo consapevole del ragionamento clinico.

³⁸² G. BATESON, *Mind and Nature: a necessary unity*, Hampton Press, Cresskill, N. J., 2002, p. 13.

³⁸³ A. EINSTEIN, Prologue, in M. PLANCK, *Where is Science Going?*, W.W. Norton & Company Inc, New York, 1932, pp. 7-12: 10.

³⁸⁴ Cfr. E. ZANNIER, Aspetti etici della teoria della reminiscenza, in *Etica e Politica*, 1 (1999), pp. 1-25: 2-4.

Innanzitutto, è opportuno rilevare che ogni ricerca che intenda indagare il dominio intuitivo in modo epistemologicamente informato deve necessariamente appropriarsi di un adeguato quadro teorico dell'oggetto investigato, senza il quale i tentativi di promuovere l'abilità intuitiva sarebbero votati al fallimento. In altre parole, si tratta della necessità di delineare degli appropriati strumenti concettuali, utili nel supportare e favorire la comprensione dell'intuizione nei professionisti della salute, riconoscendone la valenza ed i limiti epistemici, nella misura in cui tale cognizione soffre tutt'oggi dell'influenza di toni ingenui ed acritici insinuati tanto nelle riflessioni metodologiche quanto in quelle educative sul ragionamento clinico. Tale sforzo teorico comporta, a sua volta, una transizione da una concezione asettica di medicina, tale per cui questa non deve essere in alcun modo compromessa con nulla di soggettivo, ad una visione della stessa nella quale l'impronta del medico, con la sua capacità intuitiva, rende tale ambito professionale un prezioso contesto dai tratti specificatamente umani. In questa prospettiva, occorre superare la considerazione dell'atto clinico come declinato esclusivamente su una tensione oggettivante. Nello specifico se si ritiene che l'unica forma di conoscenza sia quella quantificabile ed esplicitabile, concetti come quello di intuizione, che sfuggono ad una piena misurazione e formalizzazione, finiscono per diventare del tutto ineffabili ma soprattutto non importanti. Pertanto, una adeguata epistemologia del processo diagnostico dovrebbe necessariamente dar conto dell'intuizione clinica come preziosa componente dell'attività medica, comportando l'andare oltre un approccio di ricerca meramente quantitativo.

Una ulteriore suggestione su cui occorre insistere è data dall'opportunità di investigare l'abilità intuitiva, nel contesto specifico del processo diagnostico, innanzitutto come metodo, ossia analizzando le modalità con cui si verifica, e ciò al fine di meglio individuare quelle condizioni essenziali che ne sono a fondamento. A tal proposito, il presente lavoro ha suggerito di riconoscere la bidirezionalità dell'intuizione, vale a dire il suo essere una cognizione di qualcuno (il singolo medico) e di qualcosa (l'oggetto vero e proprio, ossia lo schema di malattia), poiché entrambi questi aspetti ne determinano la natura ed il funzionamento. Tale esigenza è stata da noi avvertita ed articolata proponendo lo sviluppo di una prima ecologia dell'intuizione, finalizzata ad esplorare questa figura gnoseologica dal punto di vista del suo ordinario funzionamento, ossia mediante la descrizione dell'ambiente nel quale l'intuizione clinica possa sorgere ed essere favorita. A tal proposito, l'educazione del dominio intuitivo potrebbe essere supportata innanzitutto attraverso una più mirata promozione di quei processi basilari attraverso i quali essa opera, ad esempio l'osservazione attenta, l'acquisizione ben strutturata delle conoscenze, l'esperienza, la riflessione e la memoria. Tali fattori, sui quali in vario modo poggia l'intera attività conoscitiva umana, raramente sono oggetto di trattazione specifica nel curriculum formativo del medico; pertanto, un primo auspicio è quello di investire in una maggiore attenzione nel miglioramento di tali importanti abilità, affinché il futuro medico possa acquisire, sin dalle prime fasi del suo percorso di studio, la consapevolezza di dover coltivare la propria soggettività, ossia una autentica ed appassionata tensione conoscitiva al vero che rappresenta il primo *medium* della professione clinica.

Come argomentato, l'educare l'intuizione in quanto tale rappresenta una delle sfide più complesse, non solo per le numerose condizioni accessorie da essa richieste, ma

soprattutto perché occorre comprendere attraverso quale effetto l'addizione di uno dei suoi fattori "*generi un prodotto maggiore della semplice somma*"³⁸⁵.

In altre parole, come Michael Polanyi ha significativamente messo in luce, l'esperienza intuitiva non può essere puntualmente descritta con riguardo alle interrelazioni dinamiche che intervengono nell'integrare i particolari in un tutto, nell'atto stesso di intuire focalmente il proprio oggetto. Tuttavia, in un prossimo futuro, potrebbe essere interessante incentivare alcuni studi fenomenologici o ricerche basate sul ricorso a strumenti di elicitazione, quali interviste e questionari strutturati, con cui promuovere una maggiore consapevolezza di quei processi cognitivi generalmente taciti, raccogliendo al contempo dati utili per porre in essere un percorso di miglioramento dell'intuizione clinica più mirato ed informato.

In conclusione di questo lavoro, ben edotti sulla necessità di una riflessione epistemologica che si ponga al servizio della verità nell'approccio alla conoscenza umana, riteniamo che lo sviluppo del ragionamento clinico comporti soprattutto l'accrescere la comprensione e la consapevolezza della sua multidimensionalità, nella misura in cui l'accesso noetico alla realtà clinica, costitutivamente complessa, esige il ricorso a modalità cognitive differenti, tra cui quella intuitiva quale strumento privilegiato con cui progredire nella conoscenza del fenomeno che si osserva.

³⁸⁵ G. GATTI, Conoscenza perfetta, in G. GATTI (a cura di), *Intuito e Intuizione*, Limina Mentis, Villasanta, MB, 2011, pp. 39-53: 47.

Bibliografia

- Abernathy C.M., Hamm R.M., *Surgical Intuition. What it is and how to get it*, Hanley & Belfus, Philadelphia, 1995.
- Albasi C., *Psicopatologia e ragionamento clinico*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2009.
- Albert D.A., Munson R., Resnik M.D., *Reasoning in Medicine. An Introduction to Clinical Inference*, The Johns Hopkins University Press, Baltimora and London, 1988.
- Alvira T., Clavell L., Melendo T., *Metafisica*, Le Monnier, Firenze, 1987.
- Antiseri D., Timio M., *La medicina basata sulle evidenze. Analisi epistemologica*, Edizioni Memoria, Cosenza, 2000.
- Antiseri D., "Le «Evidenze» della EBM: fatti o artefatti?", *Keyron*, 4 (2000), pp. 14-31.
- Antiseri D., *Teoria unificata del metodo*, UTET, Torino, 2001.
- Argyris C., *Reasoning, learning, and action*, Jossey-Bass, San Francisco, 1989.
- Aristotele, *Analitici secondi*, a cura di M. Mignucci, Editori Laterza, Roma-Bari, 2007.
- Aristotele, *Etica Nicomachea*, a cura di A. Plebe, Laterza, Bari, 1988.
- Aristotele, *L'Anima*, a cura di G. Movia, Bompiani, Milano, 2001.
- Aristotele, *Metafisica*, a cura di G. Reale, Rusconi, Milano, 1993.
- Aronadio F., "Il problema dell'intuizione in Platone", in A. Aportone, F. Aronadio, P. Spinicci, *Il problema dell'intuizione. Tre studi su Platone, Kant, Husserl*, Bibliopolis, Napoli, 2002.

Bacon F., *Novum Organum*, trad. it. a cura di M. Marchetto, *Nuovo organo*, Bompiani, Milano, 2002.

Bateson G., *Mind and Nature: a necessary unity*, Hampton Press, Cresskill, N. J., 2002.

Bateson G., *Step to an Ecology of Mind*, trad. it. di G. Longo, G. Trautteur, *Verso una Ecologia della Mente*, Adelphi, Milano, 2007.

Benson H., Dusek J.A., Sherwood J.B., Lam P., Bethea C.F., Carpenter W., Levitsky S., Hill P.C., Clem DW. Jr., Jain M.K., Drumel D., Kopecky S.L., Mueller P.S., Marek D., Rollins S., Hibberd P.L., "Study of the Therapeutic Effects of Intercessory Prayer (STEP) in cardiac bypass patients: a multicenter randomized trial of uncertainty and certainty of receiving intercessory prayer", in *American Heart Journal*, 4 (2006), pp. 934-942.

Bergson H., *La pensée et le mouvant*, Presses Universitaires de France, Paris, 1970.

Bernard C., *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale* [1865], trad. it. a cura di F. Ghiretti, *Introduzione allo studio della medicina sperimentale*, Feltrinelli, Milano, 1973.

Bernard C., *Pensées. Notes détachées*, J.B. Baillière & Fils, Paris, 1937.

Bernfeld S., Cassirer Bernfeld S., *Bausteine der Freud-Biographik*, trad. it. a cura di G. Quattrocchi, Bernardini, *Per una biografia di Freud*, Bollati Boringhieri, Torino 1991.

Bertelè F., Olmi A., Sallucci A., Strumia A. (a cura di), *Scienza, analogia, astrazione. Tommaso d'Aquino e le scienze della complessità*, Il Poligrafo, Padova, 1999.

Beveridge W.I.B., *The Art of Scientific Investigation*, trad. it. a cura di A. Fanti, G. Gava, *L'arte della ricerca scientifica*, Armando Editore, Roma, 1981.

Binetti P., "Il Corso di Metodologia Clinica come Laboratorio di Formazione Didattica", in *MEDIC*, 17, 1-3 (2009), pp.13-19.

Blasucci S., *Il problema dell'intuizione in Cartesio, Kant e Bergson*, Edizioni Levante, Bari, 1979.

Bordage G., "Why did I miss the diagnosis? Some cognitive explanations and educational implications", in *Academic medicine*, 74 (1999), pp. S138-S143.

Botturi F., "La conoscenza condivisa e il sapere pratico", in *Atti del 4° Convegno Operatori Psicosociali. Associazione Medicina & Persona*, Ottobre 2012, pp.10-18.
<http://www.medicinaepersona.org/resources/pagina/N143e933e2f6fcd0b59f/N143e933e2f6fcd0b59f/02> - Botturi La conoscenza condivisa-PAG 10 18.pdf

Bozzi P., *Fenomenologia sperimentale*, Il Mulino, Bologna, 1989.

Braithwaite R.S., "EBM's Six Dangerous Words", in *Journal of the American Medical Association*, 27 (2013), pp. 2149-2150.

Braude H.D., "Clinical intuition versus statistics: different modes of tacit knowledge in clinical epidemiology and evidence-based medicine", in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30 (2009), pp. 181-198.

Braude H.D., "Conciliating cognition and consciousness: the perceptual foundation of clinical reasoning", in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18 (2012), pp. 945-950.

Braude H.D., *Intuition in Medicine. A Philosophical Defense of Clinical Reasoning*, The University Chicago Press, Chicago, London, 2012.

Bruner J.S., *The process of education* [1960], trad. it. a cura di A. Armando, *Dopo Dewey. Il processo di apprendimento nelle due culture*, Armando, Roma, 1964.

Cagli V., *Come si ragiona in medicina. Il dialogo tra sapere, esperienza, logica e intuizione*, Armando Editore, Roma, 2013.

Cagli V., *Elogio del metodo clinico*, Armando Editore, Roma, 1997.

Cagli V., *La crisi della diagnosi. Cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica*, Armando Editore, Roma, 2007.

Cagli V., *Le cime e le valli. Percorsi della medicina*, Armando Editore, Roma, 2010.

Cagli V., *Viaggio intorno al mio studio*, Editmabi, Milano, 1999.

Cameron D., Jones I.G., "Theory in community medicine", in *Community Medicine*, 47 (1982), pp. 3-11.

Cassel E.J., "Art of Medicine", in *Encyclopedia of Bioethics*, a cura di W. T. Reich, 3 (1995), pp. 1674-1679.

Castiglioni A., Neo-Hippocratic Tendency of Contemporary Medical Thought, in *Medical Life*, 61 (1934), pp. 115-146.

Charon R., "Narrative Medicine. A model for Empathy, Reflection, Profession, and Trust", in *Journal of the American Medical Association*, 286 (2001), pp. 1897-1902.

Choudhry N.K., Fletcher R.H., Soumerai S.B., "Systematic Review: The Relationship between Clinical Experience and quality of Health Care", in *Annals of Internal Medicine*, 142 (2005), pp. 260-273.

Cicerone M.T., *Tuscolanae disputationes*, trad. it. a cura di A. Di Virginio, *Le Tuscolane*, Mondadori, Milano, 1996.

Claxton G., *Hare Brain, Tortoise Mind: Why Intelligence Increases When You Think Less*, trad. it. a cura di L. Serra, *Il cervello lepre e la mente tartaruga. Pensare di meno per capire di più*, Mondadori, Milano, 1998.

Conan Doyle A., *The celebrated cases of Sherlock Holmes*, Octopus, London, 1981

Conti A., Galanti C., Gensini G.F., "La medicina basata sulle evidenze è davvero una moda? Sicuramente è di moda criticarla. Un commento metodologico del Centro Italiano per la Medicina Basata sulle Prove", in *Italian Heart Journal Supplement*, 1 (2000), pp. 361-71.

Cosmacini G., *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi*, Editori Laterza, Roma-Bari, 2003.

Croskerry P., "A Universal Model of Diagnostic Reasoning", in *Academic Medicine*, 84 (2009), pp.1022-1028.

Croskerry P., "Critical Thinking and Decision making: Avoiding the Perils of Thin-Slicing", in *Annals of Emergency Medicine*, 48 (2006), pp. 720-722.

Croskerry P., "Context is everything or how could I have been that stupid?" in *Healthcare Quarterly*, 12 (2009), pp. 171-177.

Croskerry P., Norman G., "Overconfidence in clinical decision making", in *American Journal of Medicine*, 121 (2008), pp. S24-S29.

Custers E.J.F.M., "Medical Education and Cognitive Continuum Theory: An Alternative Perspective on Medical Problem Solving and Clinical Reasoning", in *Academic Medicine*, 88 (2013), pp. 1074-1080.

Descartes R., *Discorso sul metodo*, a cura di G. Bontadini, La Scuola, Brescia, 1997.

Descartes R., *Meditazioni metafisiche. Obbiezioni e risposte*, a cura di E. Garin, Laterza, Roma-Bari, 2005.

Descartes R., "Regole per la direzione dell'ingegno", in R. Descartes, *Opere postume 1650-2009* (a cura di G. Belgioioso), Bompiani, Milano, 2009.

Digitale E., Scientist, parents join forces to identify new genetic disease in children.
<https://med.stanford.edu/news/all-news/2014/03/scientists-parents-join-forces-to-identify-new-genetic-disease-in-children.html>.

d'Ockham G., "Commentario alle Sentenze", in *Scritti filosofici*, a cura di A. Ghisalberti, Bietti, Milano, 1974.

Dörler V., Ackerman F., "Understanding intuition: the case for two form of intuition", in *Management Learning*, 43 (2012), pp. 545-564.

Edelman G.B., *The remembered present. A biological Theory of Consciousness*, trad. it. a cura di L. Sosio, *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*, Rizzoli, Milano, 1991.

Eduard I., "Clinical Reasoning Strategies in Physical Therapy", in *Physical Therapy*, 84 (2004), pp. 312-330.

Einstein A., "On the method of theoretical physics", in *Philosophy of Science*, 1 (1934), pp. 163-169.

Einstein A., "Prologue", in M. Planck, *Where is Science Going?*, W.W. Norton & Company Inc, New York, 1932.

Enns G.M., Shashi V., Bainbridge M., Gambello M.J., Zahir F.R., Bast T., Crimian R., Schoch K., Platt J., Cox R., Bernstein J.A., Scavina M., Walter R.S., Bibb A., Jones M., Hegde M., Graham B.H., Need A.C., Oviedo A., Schaaf C.P., Boyle S., Butte A.J., Chen R., Clark M.J., Haraksingh R., Forge Canada Consortium, Cowan T.M., He P., Langlois S., Zoghbi H.Y., Snyder M., Gibbs R.A., Freeze H.H., Goldstein D.B., "Mutations in NGLY1 cause an inherited disorder of the endoplasmic reticulum-associated degradation pathway", in *Genetic Medicine*, 16 (2014), pp. 751-758.

Epstein S., "Integration of the cognitive and psychodynamic unconscious", in *American Psychologist*, 49 (1994), pp. 709-724.

Evans J.St.B.T., *Bias in human reasoning: Causes and consequences*, Erlbaum, Brighton, England, 1989.

Evans J.St.B.T., "In two minds: dual-processes accounts of reasoning", in *Trends in Cognitive Sciences*, 7 (2003), pp. 454-459.

Evans J.St.B.T., Stanovich E., "Dual-Process Theories of Higher Cognition: Advancing the Debate", in *Perspectives on Psychological Sciences*, 8 (2013), pp. 223-241.

Federspil G., "Epistemologia delle scienze mediche", in *La strutturazione del saperebiomedico*, a cura di C. Cobelli, M. Stefanelli, V. Tagliasco, Patron Editore, Bologna, 1988.

Federspil G., "Il sapere medico e l'agire clinico", in *Formare un buon medico. Prospettive a confronto*, a cura di A. Bompiani, Franco Angeli, Milano, 2006.

Federspil G., *Logica clinica. I principi del metodo in medicina*, McGraw Hill, Milano, 2004.

Federspil G., Scandellari C., "La medicina basata sulle evidenze. Un'analisi epistemologica", in *MEDIC*, 7 (1999), 32-36.

Federspil G., Scandellari C., "Medicina scientifica e medicina alternativa", in *Epistemologia, clinica medica e la «questione delle medicine eretiche»*, a cura di D. Antiseri, G. Federspil, C. Scandellari, Rubbettino, Catanzaro, 2003.

Federspil G., Vettori R., "La «evidence-based medicine»: una riflessione critica sul concetto di evidenza in medicina", in *Italian Heart Journal Supplement*, 2 (2001), pp. 614-623.

Feinstein A.R., *Clinical Judgment*, The Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1967.

Feyerabend P.K., *Against Method*, trad. it. a cura di L. Sosio, *Contro il metodo. Abbozzo di una teoria anarchica della conoscenza*, Feltrinelli, Milano, 2009.

Fornaro M., "L'intuizione nella clinica psicoterapeutica. Disamina della sua validità sotto il profilo epistemologico", in *Psicoterapia e Scienze Umane*, 1 (2011), pp. 23-48: 30.

Franjish K., Evans J.St.B.T., "The duality of mind: An historical perspective", in *In two minds: Dual processes and beyond*, a cura di J. St. B. T. Evans, K. Franjish, Oxford University Press, New York, 2009.

Franza A.M., "Per una semeiotica della professione medica", in *Diventare medici. Il problema della conoscenza in medicina e nella formazione del medico*, a cura di G. Bertolini, Guerini Studio, Milano, 1994.

Franzini E., *Filosofia dei sentimenti*, Bruno Mondadori, Milano, 1997.

Fronterotta F., "Platonismo e scienze della mente: cos'è l'intuizione?", in J. Dillon, M.E. Zovko (a cura di), *Platonism and Forms of Intelligence*, Akademie Verlag, Berlin, 2008.

Gadamer H.G., *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, trad. it. a cura di M. Donati, M. E. Ponzio, *Dove si nasconde la salute*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1994.

Gatti E., *Conoscenza perfetta*, in G. Gatti (a cura di), *Intuito e Intuizione*, Limina Mentis, Villasanta, MB, 2011.

Gembillo G., *Le polilogiche della complessità. Metamorfosi della Ragione da Aristotele a Morin*, Le Lettere, Firenze, 2008.

Ghazavi Z., Khaledi-Sardashti F., Kajbaf M.B., Esmailzadeh M., Effect of hope therapy on the hope of diabetic patients, in *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 20 (2015), pp. 75-80.

Gladwell M., *Blink: The Power of Thinking without Thinking*, trad. it. a cura di M. Parizzi, *In un batter di ciglia. Il potere segreto del pensiero intuitivo*, Mondadori, Milano, 2005.

Greene M., "Tacit knowing: ground for a revolution in philosophy", in *Journal of the British Society for Phenomenology*, 8 (1977), pp. 164-171.

Groopman J., *How Doctors Think* [2008], trad. it., *Come pensano i dottori*, Mondadori, Milano, 2008.

Hanson N.R., "An Anatomy of Discovery", in *The Journal of Philosophy*, 11 (1967), pp. 321-352.

Henry S.G., "Recognizing tacit knowledge in medical epistemology", in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 27 (2006), pp. 187-213.

Henry S.G., Zaner R.M., Dittus R.S., "Viewpoint: Moving Beyond Evidence-Based Medicine", in *Academic Medicine*, 82 (2007), pp. 292-297.

Higgs J., Jones M. A., Loftus S., Christensen N., *Clinical reasoning in the Health Professions*, 3 ed., Amsterdam (etc.), Elsevier, 2008.

Hobsley M., "Reasoning like greased lightning. Discussion about intuition in surgery as a strategy of medical decision-making. Its potency and limitations", in *Theoretical Surgery*, 6 (1991), pp. 76-77.

Hogart R.M., "Deciding analytically or trusting your intuition? The advantages and disadvantages of analytic and intuitive thought", in T. Betsch, S. Haberstroh (a cura di), *Routines of decision making*, Erlbaum, Mahwah (NJ), 2005.

Hogarth R.H., *Educating intuition*, University of Chicago Press, Chicago, 2001.

Howick J.H., *The Philosophy of Evidence based Medicine*, Wiley & Sons, Oxford, 2011.

Husserl E., *Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie*, trad. it. a cura di G. Alliney, *Idee per una fenomenologia pura e una filosofia fenomenologica*, Einaudi, Torino, 1965.

Ippocrate, *Arie, acque e luoghi*, a cura di L. Bottini, Marsilio Editore, Venezia, 1986.

Jaeger W., *Paidea. Die Formung des griechischen Menschen*, trad. it. a cura di A. Setti, *Paidea. La formazione dell'uomo Greco. Il conflitto degli ideali di cultura nell'età di Platone*, vol.3, La Nuova Italia, Firenze, 1990.

Jasper K., *Der Arzt im technischen Zeitalter* [1986], trad. it. a cura di M. Nobile, *Il medico nell'età della tecnica*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1991.

Jonsen S.G., "Laegevidenskaben nuvaerende forfald og mulige genrejsning", in *Ugeskrift for Laeger*, 143 (1981), pp. 1665-1666, citato in *Philosophy of Medicine*, a cura di H.R. Wulff, S.A. Pedersen, R. Rosenberg, trad. it. a cura di A. Parodi, *Filosofia della medicina*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

Kahneman D., A perspective on judgment and choice. Mapping Bounded Rationality, in *American Psychologist*, 58 (2003), pp. 697-720.

Kant I., *Critica della ragion Pura*, a cura di C. Esposito, Bompiani Milano, 2004.

Kassirer J.P., Kopelman R.I., "Cognitive Errors in Diagnosis: Instantiation, Classification and Consequences", in *The American Journal of Medicine*, 86 (1989), pp. 433-441.

Kassirer J.P., Wong J., Kopelman R.I., *Learning Clinical Reasoning*, 2 ed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2010.

Lalande A., "Intuizione", in *Dizionario critico di filosofia*, ISEDI, Milano, 1971, pp. 443-447.

Liberati A. (a cura di), *Etica, conoscenza e sanità. EBM tra ragione e passione*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2005.

Liberati A., *La medicina delle prove di efficacia*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1997.

Llano A., *Filosofia della conoscenza*, Le Monnier, Firenze, 1987.

Loftus S., *Language in clinical reasoning: learning and using the language of collective clinical decision making*, Unpublished Ph.D thesis, University of Sidney, Australia, 9 July 2007. <http://ses.library.usyd.edu.au/handle/2123/1165>.

Loftus S., "Rethinking clinical reasoning: time for a dialogical turn", in *Medical Education*, 46 (2012), pp. 1174-1178.

Lopez F., *Il pensiero olistico di Ippocrate. Riduzionismo, antiriduzionismo, scienze della complessità nel trattato dell'Antica medicina*, vol.2, tomo A, Edizioni Pubblisfera, San Giovanni in Fiore (Cs), 2008.

Lown B., *The Lost Art of Healing* [1996], trad. it. a cura di C. Spinoglio, *L'arte perduta di guarire*, Garzanti, Milano, 1997.

Manganaro P., *Il realismo filosofico. Nuove prospettive nel pensiero anglo-americano*, Aracne, Roma, 1996.

Marcum J., "An integrated model of clinical reasoning: dual-processes theory of cognition and metacognition", in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 18 (2012), pp. 954-961.

Martini S., *Bisturi, Fuoco e Parola. Gli strumenti dell'arte medica ippocratica*, Pellegrini Editore, Cosenza, 2007.

Marton F., Fensham P., Chaiklin S., "A Nobel's eye view of scientific intuition: discussion with the Nobel prize-winners in physics, chemistry and medicine", in *International Journal of Science Education*, 16 (1994), pp. 457-473.

Mathieu V., "Intuizione. I. Distinzioni", in *Enciclopedia filosofica*, Bompiani, Milano, 2006, pp. 5775-5782.

Medawar P.B., *Induction and Intuition in Scientific Thought* [1969], trad. it. a cura di T. Valdi, *Induzione e intuizione nel pensiero scientifico*, Armando, Roma, 1970.

Medawar P.B., *The Art of the Soluble*, trad. it. a cura di A. Piva, *L'immaginazione scientifica*, De Donato Editore, Bari, 1968.

Morin E., *La tête bien faite*, trad. it. a cura di S. Lazzari, *La testa ben fatta. Riforma dell'insegnamento e riforma del pensiero*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2000.

Morin E., "Le vie della complessità", in *La sfida della complessità*, a cura di G. Bocchi, M. Ceruti, Feltrinelli, Milano, 1985.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Laura Leondina Campanozzi,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 07/03/2016.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

Murri A., *Il cammino del vero. Lezioni di clinica medica*, a cura di M. Veglia, Carocci, Roma, 2003.

Murri A., *Il medico pratico*, Zanichelli, Bologna, 1914.

Murri A., *Lezioni di Clinica Medica*, SEL, Milano, 1918.

Murri A., *Quattro lezioni e una perizia: il problema del metodo in medicina e biologia*, Zanichelli, Bologna, 1972.

Nagel E., *The Structure of Science. Problems in the Logic of Scientific Explanation*, trad. it a cura di C. Sborghi, A. Monti, *La struttura della scienza. Problemi di logica della spiegazione scientifica*, Feltrinelli, Milano, 1968.

Naghshineh S., Hafler J.P., Miller A.R., Blanco M.A., Lipsitz S.R., Dubroff R.P., Khoshbin S., Katz J.T., "Formal Art Observation Training Improves Medical Students' Visual Diagnostic Skills", in *Journal of General Internal Medicine*, 23 (2008), pp. 991-997.

Naville J.E., *La logique de l'hypothèse*, trad. it. a cura di A. Fabriziani, *La logica dell'ipotesi*, Rusconi, Milano, 1989.

Neisser U., "The multiplicity of thought", in *British Journal of Psychology*, 54 (1963), pp. 1-14.

Normann J., "Research in clinical reasoning: past history and current trends", in *Medical Education*, 39 (2005), pp. 418-427.

Osbeck L.M., Held B.S. (a cura di), *Rational Intuition. Philosophical Roots, Scientific Investigations*, Cambridge University Press, New York, 2014.

Osler W., *Aequanimitas. With other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine*, Blakiston's Son & Co., Philadelphia, 1906.

Osler W., "The Natural Method of Teaching the Subject of Medicine", in *Journal of the American Medical Association*, 36 (1901), pp. 1673-79.

Pagliaro L., Bobbio M., Colli A., *La diagnosi in medicina. Storia, strumenti, scenari e incertezze nell'incontro tra paziente e medico*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011.

Palmer S.E., Howick J., "How evidence-based medicine is failing due to biased trials and selective publication", in *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20 (2014), pp. 908-914.

Pangallo M., "La verità come *Adaequatio rei et intellectus* in Tommaso D'Aquino", in *Sensus Communis*, 4 (2000), pp. 501-510.

Patel V.L., Groen G.J., Norman G.R., "Reasoning and instruction in medical curricula", in *Cognition and Instruction*, 10 (1993), pp. 335-378.

Patel V.L., Arocha J.F., Zhang J., "Thinking and Reasoning in Medicine", in *The Cambridge handbook of thinking and reasoning*, a cura di K. J. HOLYOAK, Cambridge University Press, New York, 2005.

Pelaccia T., Tardif J., Tribby E., Charlin B., "An analysis of clinical reasoning through a recent and comprehensive approach: the dual – process theory", in *Medical Education*, 16 (2011), pp.1-9.

Pelaez M., "Medicina", in *Dizionario Interdisciplinare di Scienza e Fede (DISF)*, 2002.
<http://disf.org/medicina>

Pellegrino E.D., "The anatomy of clinical judgment", in *A philosophical basis of medical practice. Toward a philosophy and ethic of the healing professions*, a cura di E.D. Pellegrino, D.C. Thomasma, New York, Oxford, Oxford University press, 1981, trad. it. "Anatomia del giudizio clinico", in *Sanità, Scienza e Storia*, 1 (1987), pp. 13-14.

Pellegrino E.D., "The healing relationship: the architectonics of clinical medicine", in *Philosophy and Medicine*, 14 (1983), pp. 153-172.

Pellegrino E.D., Thomasma D.C., *A Philosophical Basis of Medical Practice. Toward a Philosophy and Ethic of the Healing Professions*, Oxford University Press, New York, 1981.

Petitmengin-Peugeot C., "The Intuitive Experience", in F.J. Varela, J. Shear (a cura di), *The View from Within. First-person approaches to the study of consciousness*, Imprint Academic, London, 1999.

Pierce C.S., "Questions concerning certain faculties claimed for man", in *The Journal of Speculative Philosophy*, 2 (1868), pp. 103-114.

Platone, *Fedone*, trad. it. a cura di G. Reale, La Scuola, Brescia, 1995.

Platone, *Menone*, trad. it. a cura di G. Reale, La Scuola, Brescia, 2001.

Platone, "Repubblica" in *Opere complete*, Platone, vol.6, Laterza, Bari, 1974.

Platone, *Simposio*, a cura di M. Trombino, Armando, Roma, 2004.

Platone, *Teeteto*, trad. it. a cura di M. Valgimigli, Laterza, Roma-Bari, 1971.

Poincaré J.H., *Science et méthode*, trad. it. a cura di C. Bartocci, *Scienza e metodo*, Einaudi, Torino, 1997.

Polanyi M., "Creative Imagination" [1966], trad. it. a cura di C. Vinti, "L'immaginazione creativa", in *Michael Polanyi. Conoscenza scientifica e immaginazione creativa*, Edizioni Studium, Roma, 1999.

Polanyi M., *Faith and Reason* [1961], trad. it. a cura di F. Calemi, *Fede e ragione*, Editrice Morcelliana, Brescia, 2012.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Laura Leondina Campanozzi,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 07/03/2016.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

Polanyi M., *Personal Knowledge: Towards a Post-Critical Philosophy* [1958], trad. it. a cura di E. Rivero, *La conoscenza personale: verso una filosofia post-critica*, Rusconi, Milano, 1990.

Polanyi M., "Tacit Knowing: Its Bearing on Some Problems of Philosophy", in *Review of Modern Physics*, 43 (1962), pp. 601-616.

Polanyi M., *The study of men*, trad. it. a cura di A. Cascino, *Studio dell'uomo: individuo e processo conoscitivo*, Morcelliana, Brescia, 1973.

Polanyi M., *The Tacit Dimension* [1966], trad. it. a cura di F. Voltaggio, *La conoscenza inespresa*, Armando, Roma, 1979.

Polanyi M., Glicksman Grene M. (a cura di), *Knowing and Being: essays* [1969], trad. it. a cura di A. Rossi, *Conoscere ed essere: saggi*, Armando, Roma, 1988.

Poli E., *Metodologia medica. Principi di logica e pratica clinica*, Rizzoli, Milano, 1965.

Popper K.R., *Conjectures and refutation: the grown of scientific knowledge*, trad. it. a cura di G. Pancaldi, *Congetture e confutazioni*, Il Mulino, Bologna, 1972.

Popper K.R., *Objective knowledge*, trad. it. a cura di A. Rossi, *Conoscenza oggettiva: un punto di vista evoluzionistico*, Armando, Roma, 1983

Popper K.R., *The Logic of Scientific Discover*, trad. it. a cura di M. Trincherò, *Logica della scoperta scientifica. Il carattere autocorrettivo della scienza*, Einaudi, Torino, 2010.

Popper K.R., *Unended Quest. An Intellectual Autobiography*, trad. it. a cura di D. Antiseri, *La ricerca non ha fine. Autobiografia intellettuale*, Armando, Roma, 1976.

Possenti V., "Le diverse concezioni della verità: un panorama critico", in *Sensus communis*, 2 (2001), pp. 217-239.

Possenti V., *Razionalismo critico e metafisica. Quale realismo?*, Morcelliana, Brescia, 1994.

Pretz J.E., "Types of intuition: inferential and holistic", in M. Sinclair (a cura di), *Handbook of Intuition Research*, Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2011.

Prosch H., *Michael Polanyi: A critical Exposition*, State University of New York Press, New York, 1986.

Quirk M., *Intuition and metacognition in medical education: keys to developing expertise*, Springer Publishing Company, New York, 2006.

Royston R.M., *Serendipity. Accidental Discoveries in Science*, John Wiley & Sons, New York, 1989.

Rugarli C., "Medicina clinica in assenza di evidenza", in *Forme della razionalità medica*, a cura di G. Federspil, P. Giaretta, Rubbettino, Catanzaro, 2004.

Sackett D.L., Rosemberg W., Gray J.A., Haynes R.B., Richardson W.S., "Evidence Based Medicine: what it is and what it isn't", in *British Medical Journal*, 312 (1996), pp. 71-72.

Sackett D.L., Strauss S.E., Richardson W.S., Rosemberg W., Haynes R.B., *Evidence Based Medicine. How to Practice & Teach EBM* [1997], trad. it. a cura di A. Panella, *La Medicina basata sulle evidenze scientifiche. Come praticare e insegnare l'EBM*, Centro Scientifico Editore, Torino, 2000.

Sadler-Smith E., *Inside Intuition*, Routledge, London, New York, 2008.

Safford M.M., Allison J.J., Kiefe C.I., "Patient complexity: more than comorbidity. The vector model of complexity", in *Journal of General Internal Medicine*, 22 (2007), pp. 382-390.

Sanders L., *Every patient tells a Story. Medical Mysteries and the Art of Diagnosis* [2009], trad. it. a cura di G. Lupi, *Ogni paziente racconta la sua storia. L'arte della diagnosi*, Einaudi, Torino, 2009.

Sanguineti J.J., *Introduzione alla gnoseologia*, Le Monnier, Firenze, 2003.

Sanguineti J.J., *Logica e gnoseologia*, Urbaniana University Press, Roma, 1983.

Scandellari C., "Dall'informazione alla decisione clinica", in *L'arco di Giano*, 7 (1995), pp. 173-182.

Scandellari C., "Falsificazione o verifica delle ipotesi diagnostiche in clinica: due concezioni a confronto", in *Forme della razionalità medica*, a cura di G. Federspil, P. Giaretta, Rubbettino, Catanzaro, 2004.

Schirley D.A., Langan-Fox J., "Intuition: A review of the literature", in *Psychological Reports*, 79 (1996), pp. 563-584.

Schrödinger E., *L'immagine del mondo*, trad. it. a cura di A. Verson, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

Sciaccia M.F., "Intuizionismo", in *Enciclopedia cattolica*, Sansoni, Firenze, 1951, pp. 124-130.

Seifert J., *Ritornare a Platone. La fenomenologia realista come riforma critica della dottrina platonica delle idee*, trad. it. a cura di G. Girgenti, Vita e Pensiero, Milano, 2000.

Sesta L., *Ars curandi. Prospettive di filosofia della medicina*, Aracne, Roma, 2011.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Laura Leondina Campanozzi,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 07/03/2016.
La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

Silverman M.E., Murray T.J., Bryan C.S., *The Quotable Osler*, American College of Physician, Philadelphia, 2008.

Sniderman A.D., Lachapelle K.J., Rachon N.A., Furberg C.D., "The necessity for clinical reasoning in the era of evidence-based medicine", in *Mayo Clinic Proceedings*, 88 (2013), pp. 1108-1114.

Spinoza B., *Etica more geometrico demonstrata*, a cura di G. Gentile, G. Radetti, Bompiani, Milano, 2007.

Spinsanti S., "Narrative Based Medicine", in *Medicina narrativa in Terapia intensiva. Storie di malattie e di cura*, a cura di S. Polvani, A. Sarti, Franco Angeli, Milano, 2013.

Stanovich E., *Who is rational? Studies of individual differences in reasoning*, Erlbaum, Mahwah, NJ, 1999.

Stempsey W.E., "Clinical reasoning: new challenges", in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 30 (2009), 173-179.

S. Tommaso D' Aquino, *La Somma Teologica*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna, 1996.

S. Tommaso D' Aquino, *Scriptum super libros Sententiarum*, trad. it. a cura di P.R. Coggi, *Commento allo Sentenze di Pietro Lombardo*, EDS, Bologna, 2001.

S. Tommaso D' Aquino, *Sulla Verità*, a cura di F. Fiorentino, Bompiani, Milano, 2005.

Style A., "Intuition and problem solving", in *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 29 (1979), pp. 71-74.

Tambone V., Ghilardi G., *La mucca pazza e il dottor Watson. Filosofia e deontologia dell'agire medico*, Società Editrice Universo, Roma, 2015.

Tatarelli R., De Pisa E., Girardi P. (a cura di), *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*, FrancoAngeli, Milano, 1998.

Timio M., Antiseri D., "La medicina basata sulle evidenze: realtà ed illusioni. Estensione delle riflessioni epistemologiche", in *Italian Heart Journal Supplement 1* (2000), pp. 411-414.

Torrance T.F., *Senso del divino e scienza moderna*, trad. it. a cura di G. Del Re, M.T. Benedetti, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano, 1992.

Torsoli A., "Contenuti e Prospettive della Metodologia Clinica", in *MEDIC*, 3 (1995), pp. 205-211.

Torsoli A. (a cura di), *Manuale di Metodologia clinica per studenti e giovani medici*, Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1997.

Torsoli A., "Premessa", in *Curare con il paziente. Metodologia del rapporto medico-paziente*, a cura di R. Tatarelli, E. de Pisa, P. Girardi, Franco Angeli, Milano, 1998.

Trabattoni F., "L'intuizione intellettuale in Platone. In margine ad alcune recenti pubblicazioni", in *Rivista di storia della filosofia*, 3 (2006), pp. 701-719.

Vanni Rovighi S., *Istituzioni di filosofia*, La scuola, Brescia, 1982.

Varela F.J., Shear F.J., "First-person methodologies: what, why, how ?", in *Journal of Consciousness Studies*, 6 (1999), pp.1-14.

Varela F.J., Thompson E., Rosch E., *The embodied mind: Cognitive science and human experience*, MIT Press, Cambridge, MA, 1991.

Viglino U., "Intuizione", in *Enciclopedia cattolica*, Sansoni, Firenze, 1951, pp. 122-124.

Vinti C., *Epistemologia e persona. Dittico su Polanyi e Bachelard*, Armando, Roma, 2008.

Viola G., *La clinica come scienza dell'individuale e la sua posizione nella gerarchia delle scienze*, Cappelli Editore, Bologna, 1923.

Von Engelhardt D., Spiegare e comprendere in medicina e psichiatria, in P. Giaretta, A. Moretto, G.F. Gensini, M. Trabucchi, *Filosofia della medicina. Metodo, modelli, cura ed errori*, Il Mulino, Bologna, 2009.

Wason P.C., Evans J.St.B.T., "Dual processes in reasoning?", in *Cognition*, 3 (1975), 141-145.

Watanabe S., *Pattern recognition: human and mechanical*, Wiley & Sons, New York, 1985.

West D.C., Pomeroy J.R., Park J.K., "Critical thinking in graduate medical education. A role for concept mapping assessment?", in *Journal of the American Medical Association*, 284 (2005), pp. 107-112.

Winerman L., "What we know without knowing how", in *APA Monitor*, 36 (2005), pp. 51-52.

Witteman C.L.M., Spaanjaars N.L., Aarts A.A., "Clinical intuition in mental health care: A discussion and focus groups", in *Counselling Psychology Quarterly*, 25 (2012), pp. 19-29.

Wittgenstein L., *Tractatus logico-philosophicus*, trad. it a cura di A.G. Conte, Einaudi, Torino, 1980.

Zannier E., "Aspetti etici della teoria della reminiscenza", in *Etica e Politica*, 1 (1999), pp. 1-25.

Tesi di dottorato in Bioetica, di Laura Leondina Campanozzi,
discussa presso l'Università Campus Bio-Medico di Roma in data 07/03/2016.

La disseminazione e la riproduzione di questo documento sono consentite per scopi di didattica e ricerca,
a condizione che ne venga citata la fonte.

Zarkovich E., Upshur R.E.G., "The virtue of evidence", in *Theoretical Medicine and Bioethics*, 23 (2002), pp. 403-412.